

TARTU ÜLIKOOL
Spordibioloogia ja füsioteraapia instituut

Lilian-Mariete Hani

Seljavalupatsientide rahulolu füsioteraapia teenusega Eestis
Patient satisfaction with physiotherapy services for back pain in Estonia

Magistritöö

Füsioteraapia õppekava

Juhendaja: füsioteraapia lektor, PhD, D.Vahtrik

Tartu 2017

SISUKORD

LÜHIÜLEVAADE	4
ABSTRACT	5
1. KIRJANDUSE ÜLEVAADE.....	6
1.1. Seljavalu.....	6
1.2. Füsioteraapia seljavalu ravis	7
1.3. Füsioteraapia teenusega rahulolu hindavad küsimustikud.....	8
1.4. Küsimustike kasutamine füsioteraapias	10
1.5. Seljavalupatsientide rahulolu füsioteraapia teenusega	10
2. TÖÖ EESMÄRK JA ÜLESANDED	12
3. METOODIKA	13
3.1. Uuringu korraldus	13
3.2. Uurimismeetodid	13
3.3. Valimi moodustamise kirjeldus	13
3.4. Uuritavate iseloomustus.....	14
3.5. Andmete statistiline analüüs	14
4. TÖÖ TULEMUSED.....	15
4.1. Seljavalupatsiendid ja nende probleemid	15
4.2. Riikliku füsioteraapia teenuse kättesaadavus seljavalupatsientidele ja nende teadlikkus riikliku füsioteraapia teenuse võimalustest.....	15
4.3. Seljavalupatsientide hinnang riiklikule füsioteraapia teenusele, vajadus jätkufüsioteraapia järele	19
4.4. Seljavalupatsientide tasulise füsioteraapia teenuse kasutamise ja mittekasutamise põhjused.....	20
4.5. Tasulise ja riikliku füsioteraapia teenuse efektiivsuse ja koduse harjutusprogrammiga jätkamise võrdlus seljavalu ravis	21
4.6. Seljavalupatsientide kogemustel efektiivsed ja nende soovitud meetodid seljavalu ravis	25
5. ARUTELU	26
5.1. Seljavalupatsiendid ja nende probleemid	26
5.2. Riikliku füsioteraapia teenuse kättesaadavus seljavalupatsientidele ja nende teadlikkus riikliku füsioteraapia teenuse võimalustest.....	27
5.3. Seljavalupatsientide hinnang riiklikule füsioteraapia teenusele, vajadus jätkufüsioteraapia järele	29

5.4. Seljavalupatsientide tasulise füsioteraapia teenuse kasutamise ja mittekasutamise põhjused	31
5.5. Tasulise ja riikliku füsioteraapia teenuse efektiivsuse ja koduse harjutusprogrammiga jätkamise võrdlus seljavalu ravis	31
5.6. Seljavalupatsientide kogemustel efektiivsed ja nende soovitud meetodid seljavalu ravis	34
5.7. Töö limiteerivad faktorid ja praktilised väljundid	35
6. JÄRELDUSED	37
KASUTATUD KIRJANDUS	38
LISAD	42
Lisa 1. Küsitlusankeet „Seljavalu küsimustik“	42
Tänuavaldus	50
Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks	51

LÜHIÜLEVAADE

Eesmärk: Välja selgitada seljavalupatsientide rahulolu füsioteraapia teenusega Eestis.

Metoodika: Uurimismeetodina kasutati küsitlusankeeti. Koguvallimi moodustas 384 inimest, neist 14 arvati uuringust välja.

Tulemused: 59% seljavalupatsientidest hindasid riikliku füsioteraapia teenuse ootejärjekorda üsna pikaks või liiga pikaks. 25% tasulise füsioteraapia teenuse kasutajatest ei olnud teadlikud riikliku füsioteraapia teenuse olemasolust. 31,3% seljavalupatsientidest kasutasid tasulist füsioteraapia teenust, sest pidasid riikliku füsioteraapia teenuse ootejärjekorda liiga pikaks. 43,8% riiklikku ja 37,5% tasulist füsioteraapia teenust saanud seljavalupatsientidest vastasid, et valu vähenes ainult mõneks ajaks. 70,5% riiklikku ja 71,9% tasulist füsioteraapia teenust saanud seljavalupatsientidest vastasid, et nad ei teinud kodust harjutusprogrammi või katkestasid selle tegemise. 40,5% riiklikku ja 55,1% tasulist füsioteraapia teenust saanud seljavalupatsientidest ei olnud motiveeritud kodus üksi harjutusi sooritama. 80,3% seljavalupatsientidest soovisid, et kroonilise seljavaluga inimeste jaoks oleks riiklikult rahastatud rühmatreeningud, kus nad saaksid 2-3 korda nädalas käia. Tasulise füsioteraapia teenuse olemasolust ei olnud teadlikud 15,3% seljavalupatsientidest. 40,5% seljavalupatsientidest vastasid, et nad pole tasulist füsioteraapia teenust kasutanud, sest see pole olnud majanduslikult võimalik.

Kokkuvõte: Tuleks suurendada inimeste teadlikkust riiklikust ja tasulisest füsioteraapia teenusest, lühendada riikliku füsioteraapia teenuse ootejärjekordi. Füsioteraapia teenuse mõju kroonilisele seljavalule on lühiajaline, kuid seljavalupatsiendid ei ole motiveeritud kodus harjutusprogrammi jätkama. Seljavalupatsiendid sooviksid regulaarselt toimuvaid riiklikult rahastatud rühmatreeninguid.

Märksõnad: seljavalu, patsientide rahulolu, füsioteraapia teenus, küsimustik

ABSTRACT

Aim: To find out the patient satisfaction with physiotherapy services in Estonia.

Methods: A questionnaire was used for assessment. 384 subjects were included in the study, 14 subjects were excluded.

Results: 59% of patients with back pain considered the waiting time for public physiotherapy services to be quite long or too long. 25% of people using private physiotherapy services were not aware of public physiotherapy services. 31,3% of the patients with back pain used private physiotherapy services because they considered the waiting time for public physiotherapy services to be too long. 43,8% of public and 37,5% of private patients with back pain who used physiotherapy services found that the pain was relieved only temporarily. 70,5% of public and 71,9% of private patients with back pain who used physiotherapy services said that they did not follow the home-based exercise program, or they discontinued it. 40,5% of public and 55,1% of private patients with back pain who used physiotherapy services were not motivated to perform the home-based exercise program at home by themselves. 80,3% of patients with back pain wished there were publicly financed group trainings which they could attend 2-3 times a week. 15,3% of patients with back pain were not aware of the existence of private physiotherapy services. 40,5% of patients with back pain claimed that they had not used the private physiotherapy services because they could not afford it.

Conclusions: The public awareness of public and private physiotherapy services should be increased and the waiting time for public physiotherapy services should be decreased. The effect of physiotherapy services for back pain is temporary but the patients with back pain are not motivated to continue with the home-based exercise program. Patients with back pain would like to have regular group trainings that are publicly financed.

Keywords: back pain, patient satisfaction, physiotherapy services, questionnaire

1. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

1.1. Seljavalu

Pandey *et al.* (2012) uurisid muskuloskeetaalse valu esinemist ehitusobjektide juhatajate seas. Kõige levinum oli alaseljavalu (50% vastanutest), teisel kohal oli ülaseljavalu (13,6% vastanutest). Sarnase tulemuse said Alberto *et al.* (2017), kes uurisid seljavalu esinemist üle 20aastaste Bauru (linn Brasiilias) elanike seas. Nad leidsid, et seljavalu esineb 50,3%-l elanikest. Naiste seas oli seljavalu levimus 57,6%, meeste seas 42,3%. Meeste puhul esines seljavalu enim leskede, lahutatud ning suitsetavate meeste seas. Naiste puhul esines seljavalu enim leskede, lahutatud ning istuva tööviisiga naiste seas ning elukutsetel, mis nõudsid raskuste tõstmist ning kandmist. Seljavaludest esines kõige enam alaseljavalu (34,2%), järgnesid ülaseljavalu (22,5%) ja kaelavalu (20,3%).

Meucci *et al.* (2015) süstemaatiline ülevaateartikkel võttis kokku 28 kroonilise alaseljavalu teemal tehtud uuringut. Enamik artikleid (13 28st) luges krooniliseks valuks valu, mis on kestnud rohkem kui kolm kuud. Teadlased järeldasid viie uuringu põhjal, et krooniline alaseljavalu esineb vähem 20-30aastastel inimestel, suureneb 30ndates eluaastates, kõige enam esineb seda 50-60aastastel. Kaks uuringut tõid välja, et kroonilise alaseljavalu levimus on viimastel aastatel Põhja-Carolinas (Ameerika osariik) ja Pelotasis (linn Brasiilias) kõikides vanusegruppides kahekordistunud. Viies uuringus leiti, et kroonist alaseljavalu esineb naistel rohkem kui meestel. Neli uuringut leidsid, et madalama haridusega inimeste seas esineb kroonilist alaseljavalu rohkem kui kõrgema haridusega inimeste seas. Kaks uuringut leidsid, et madalama sissetulekuga inimestel esines rohkem kroonilist alaseljavalu kui kõrgema sissetulekuga inimestel. Kuus uuringut kuuest leidsid, et suitsetajatel esineb rohkem kroonilist alaseljavalu kui mittesuitsetajatel. Kolmes uuringus leiti, et ülekaalulistel inimestel esineb rohkem kroonilist alaseljavalu kui normaalkaalulistel.

Heyduck *et al.* (2014) uurisid, kuidas alaseljavalupatsiendid tajuvad oma haigust ning selle ravi. Nad leidsid, et patsiendid tajusid oma haigust kroonilise ja perioodilisena (jätkuva ja progresseeruvana). Patsiendid kogesid, et nende haigusel on märkimisväärsed tagajärjed. Somaatilistest sümptomitest kurtsid patsiendid kõige rohkem, et nende liikumisvõime on halvenenud, aga ka valu kiirgumist kätesse ja jalgadesse. Psühholoogilistest või psühhosomaatilistest sümptomitest kurdeti kõige enam väsimust, järgnesid unetus ja halb tuju. Patsiendid tõid alaseljavalu põhjustena kõige enam välja ületöötamist ja vananemist. Rehabilitatsiooni osas oli patsientidel väga kõrged ootused (näiteks et see arvestab nende personaalsete vajadustega ja on laiahaardeline). Ka rehabilitatsioonitulemuste osas olid neil kõrged ootused. Nad ootasid nii somaatiliste kui ka psühholoogiliste aspektide paranemist. Uurijad leidsid, et neil, kelle vaimne tervis oli halvem, oli rohkem sümptomeid ning suurem

emotsionaalne koorem. Naistel leiti olevat vähem haigusest põhjustatud tagajärgi kui meestel. Arsti usaldamine oli väiksem nendel, kes kogesid tugevamaid haigusest põhjustatud tagajärgi. Vajadust ravimite järele tajusid tugevamini need, kellel oli tugevam seljavalust põhjustatud puue.

Wenig *et al.* (2009) uurisid seljavaluga seotud kulutusi Saksamaal ja leidsid, et seljavalu on Saksamaal täiskasvanute seas üks peamisi terviseprobleeme ja sellega kaasnevad suured ökonoomilised tagajärjed. Nad leidsid, et 2005.aastal oli Saksamaal ühe seljavalupatsiendi ravi maksumus umbes 1322 eurot aastas. 46% sellest kulus otseste ja 54% kaudsete kulutuste peale. Otsesed kulutused jagunesid järgmiselt: ravimid (7%), arstivisiidid (23%), füsioteraapia (22%), ortopeedilised abivahendid (5%), haiglaravi (29%), rehabilitatsioon (15%). Kaudsed kulutused tulenesid 68% ulatuses ajutisest töövõimetuselt, 32%-l pikaajalisest puudest ja varasest pensionile jäämisest. Ka mujal riikides tehtud uuringud on jõudnud järeldusele, et seljavalu põhjustab riikidele suuri kulutusi. Jaapanis tehtud uuring (Itoh *et al.*, 2013) leidis, et tööst põhjustatud alaseljavalu toob Jaapani ühiskonnale kaasa märkimisväärse majandusliku koormuse. Šveitsis, kus seljavalu on kõige levinum tervisprobleem, leiti, et otsesed alaseljavalu põhjustatud meditsiinilised kulud moodustasid 6,1% kogu tervishoiusüsteemi kuludest. Kõik alaseljavalust põhjustatud kulutused moodustasid Šveitsi sisemajanduse koguproduktist 1,6-2,3% (Simon *et al.*, 2011).

2016.aastal diagnoositi Eestis dorsalgia ehk seljavalu (M54) 29 063 inimesel. Ravijuhte oli 38 950. Aastatel 2007-2016 diagnoositi seljavalu 191 448 inimesel, ravijuhte oli kokku 373 057. Erinevaid seljaprobleeme (diagnoosid M54-M54.99) on arstide poolt aastatel 2007-2016 diagnoositud 476 650 inimesel, ravijuhte on olnud 1 405 817 (Eesti Haigekassa, 2017).

1.2. Füsioteraapia seljavalu ravis

Ladeira (2011) kirjutab ülevaateartiklis alaseljavalu ravijuhistest. Ta leidis, et ravijuhiste kohaselt on oluline võtta seljavalupatsientidelt anamnees ning teha füüsiline läbivaatus. Selle põhjal tuleks patsiendid jagada kolme kategooriasse: patsiendid, kel võib olla tõsine patoloogia; alaseljavalupatsiendid, kel on radikulopaatia; patsiendid, kel on mittespetsiifiline alaseljavalu. Selline jaotus eraldab punaste ja kollaste lipukestega patsiendid nendest, keda pole vaja edasi suunata, lisauuringuid või invasiivseid protseduure teha. Punased lipukesed viitavad spetsiifilisele lülisamba patoloogiale, mis nõuab eriarstile suunamist. Punased lipukesed on sümptomid, mis viitavad, et tegu võib olla kasvaja, infektsiooni, *cauda equina* sündroomi, spondüloartriidi, lülumurru, vistseraalse valu või abdominaalse aordi aneurüsmiga. Sellised patsiendid tuleks saata spetsialisti juurde. Kollased lipukesed viitavad psühhiaatrilistele, emotsionaalsetele või sotsioökonoomsetele probleemidele, mis võivad areneda krooniliseks

valuks ning pikaajaliseks puudeks. Alaseljavaluravi algses etapis (esimesed 4-6 nädalat) vajavad psühholoogi konsultatsiooni vaid selge psühhopatoloogiaga patsiendid. Näiteks need, kel on depressioon, ärevushäired, sõltuvusprobleemid. Mittespetsiifilise kroonilise alaseljavalu raviks soovitasid kõik ravijuhised patsientide harimist ning harjutusi. Kõik ravijuhised soovitasid mingit tüüpi harjutusi, kuid konsensust ei esinenud. Ükski ravijuhis ei soovitanud kroonilise mittespetsiifilise alaseljavalu raviks manuaalteraapiat.

Kuna seljavalu on tänapäeval suur probleem, siis tuleb aktiivselt otsida võimalusi selle ravimiseks. Kõige rohkem kasutatakse Ühendkuningriigis teostatavas füsioteraapias seljavalu vastu just stabiliseerivaid ehk kerelihaseid tugevdavaid harjutusi. Et just kerelihaseid tugevdavad harjutused leevendavad seljavalu, pole piisavalt tõenduspõhisust leidnud (Smith *et al.*, 2014).

Lewis *et al.* (2008) süstemaatiline ülevaade võrdles 15 uuringut, kus püüti erinevate meetoditega (üldised fitness- ja aeroobikaharjutused, painduvusharjutused, jõutreening, lülisammast stabiliseerivad harjutused, kirurgiline stabilisatsioon, jooga, veeteraapia, seljavalu infovoldikud) seljavalu vähendada. Leiti, et kõik füsioterapeutilised harjutusprogrammid vähendasid efektiivselt kroonilist alaseljavalu. Samas ei leitud, et ükski meetod oleks teistest silmapaistvalt parem.

Ka Weber-Rajek *et al.* (2016) uuring kinnitas, et kõik teraapiaviisid (mudaravi, ultraheli, magnetravi) vähendasid alaseljavalu, suurendasid patsientide aktiivsust ja vähendsid nende puude määra.

Grunnesjö *et al.* (2011) leidsid aga, et mida rohkem erinevaid meetodeid seljavaluga patsiendi puhul rakendatakse, seda tulemuslikum see on. Kõige suuremat mõju avaldasid seljavalu vähenemisele nende arvates just venitusharjutuste rakendamine. Venitusharjutuste positiivset mõju on leidnud nii Chen *et al.* (2014), Lawand *et al.* (2015) kui ka Purepong *et al.* (2012). On uuritud, kas jooga on efektiivsem kui tavalised venitusharjutused, kuid see pole kinnitust leidnud (Sherman *et al.*, 2011). Gatti *et al.* (2011) leidsid, et tasakaaluharjutused kombineerituna venitusharjutustega omavad paremat efekti alaseljavalu vähendamisel kui jõuharjutused kombineerituna venitusharjutustega. On uuringuid, mis on leidnud, et nii venituskui ka jõuharjutused omavad seljavalu puhul positiivset efekti (Aleksiev, 2014; França *et al.*, 2012).

1.3. Füsioteraapia teenusega rahulolu hindavad küsimustikud

Vanti *et al.* (2013) sõnul on füsioteraapia teenusega rahulolu hindamiseks erinevaid küsimustikke, mis erinevad nii struktuurilt kui sisult, kuid üks enim kasutatud küsimustikke on MedRisk Instrument for Measuring Patient Satisfaction with Physical Therapy Care (MRPS).

MRPS koosneb 12st küsimusest. Küsimused 1-3 esindavad väliseid faktoreid, näiteks füsioteraapia teenust osutava kliiniku administraatori viisakus, ootesaali mugavus. Küsimused 4-10 sisemisi faktoreid, näiteks terapeudi võime patsienti kuulata, küsimustele vastata, nõu anda. Küsimused 11-12 üleüldist rahulolu, näiteks soov tulevikus tagasi tulla. Patsiendid pidid iga küsimust hindama numbritega ühest viieni. 1 – ei nõustu üldse, 2 – ei nõustu, 3 – neutraalne, 4 – nõustun, 5 – nõustun täielikult (Beattie *et al.*, 2005).

Teine laialtkasutatav füsioteraapiaga rahulolu mõõtev küsimustik on Physical Therapy Outpatient Satisfaction Survey (PTOPS). See koosneb 34st küsimusest ja jaguneb nelja ossa: võimendajad (10 küsimust) – rahulolu kliinikuvisiidiga seotud füüsilise keskkonna ja inimsuhetega, kahjustajad (10 küsimust) – kuidas patsient tajub füsioterapeudi käitumist, asukoht (7 küsimust) – kliiniku leidmise ja kliinikusse reisimise lihtsus, maksumus (7 küsimust) – tajutud teenuse väärtuse ja hinna vastavus. Patsiendid pidid selle iga küsimust hindama numbritega ühest viieni. 1 – ei nõustu üldse, 2 – ei nõustu, 3 – ei oska vastata, 4 – nõustun, 5 – nõustun täielikult (Roush *et al.*, 1999).

Kolmas laialtkasutatav füsioteraapiaga rahulolu mõõtev küsimustik on Physical Therapy Patient Satisfaction Questionnaire (PTPSQ). See koosneb 26st küsimusest, mis on jagatud kahte ossa. Esimene osa koosneb kuuest küsimusest, millega kogutakse patsientide demograafilist informatsiooni (vanus, sugu, muskuloskeetaalse probleemi asukoht jne). Teine osa hindab viite erinevat aspekti: ligipääs (hoone asukoht, lahtiolekuajad, ootejärjekord jne), administratiivne tehniline korraldus (hoone õhkkond, parkimine, maksete töötlemine jne), kliiniline tehniline korraldus (personali kvalifikatsioon, teenuse selgitamine jne), suhtlemise korraldus (kaebustele/ettepanekutele vastamine, füsioterapeutide ja teiste tööliste sõbralikkus, patsientide privaatsuse tagamine jne), ravi terviklikkus (füsioterapeudi teadmised patsiendi varasemast anamneesist, füsioterapeudi teistele soovitamise, üldine rahulolu teenusega jne) (Goldstein *et al.*, 2000).

Ükski eelpoolnimetatud küsimustik pole magistritöö autorile teadaolevalt eesti keeles valideeritud. Väljatoodud küsimustikud ei oleks andnud vastuseid käesoleva magistritöö uurimisküsimustele. Samas oleks saadud väga palju informatsiooni, millel poleks olnud kliinilist rakendust (administraatori viisakus, ooteruumi mugavus, parkimine, kliiniku asukoha leidmine jne). Samuti esineb väljatoodud küsimustikes küsimusi, mis ei ole Eesti kontekstis relevantssed (näiteks füsioteraapia teenuse eest tasumine, sest Eestis on vaid erafüsioterapeudi teenus tasuline). Lisaks on kõik eelpoolnimetatud füsioteraapia rahulolu küsimustikud keskendunud füsioteraapiale üldisemalt, mitte ainult seljavalule. See ajendaski magistritöö autorit kasutama enda koostatud küsimustikku, mis sobiks Eesti konteksti ning annaks Eesti seljavaluga inimeste poolse ülevaate füsioteraapia teenuse olukorrast.

1.4. Küsimustike kasutamine füsioteraapias

Kyte *et al.* (2015) julgustavad füsioterapeute kasutama paberkandjal või elektroonilisi patsientidele suunatud küsimustikke nii kliinilises keskkonnas kui ka uurimistöodes, et saada informatsiooni patsientide tervise kohta otse nendelt endilt. Küsimustike abil saab teada patsientide endi arvamust, kuidas haigus neid mõjutab, selle ravist ning muud olulist informatsiooni patsientide igapäevategevuste ja üldise tervisliku seisundi kohta. See kindlustab selle, et patsientide arvamust võetakse kuulda, mis omakorda on vajalik selleks, et terapeutiline lähenemine oleks patsiendikeskne.

Rayhan *et al.* (2013) leidsid, et uurimistööde teostajatel on sageli rahalisi raskusi, kuid Google Docs on tasuta tarkvara, mille tulemused on koheselt nähtavad, puudub vajadus andmeid manuaalselt sisestada. Nad väitsid ka, et netipõhised küsimustikud on patsientidele mugavad. Erinevalt paberkandjal küsimustikest täideti neid 100%-liselt, suurenes tulemuste täpsus. Lisaks on meetod ka turvaline. Täpsuse, turvalisuse ja mugavuse tõttu otsustaski magistritöö autor endakoostatud küsimustiku seljavalupatsientidele kättesaadavaks teha Google Docs tarkvara kaudu.

1.5. Seljavalupatsientide rahulolu füsioteraapia teenusega

Hills&Kitchen (2007) uurimuse kohaselt on patsientide rahulolu füsioteraapias väga oluline. Samas on sel teemal tehtud üsna vähe uuringuid. Autorite sõnul mõjutaks patsientide rahulolu kontseptsiooni teadasaamine tulevaste patsientide teraapiat.

Ka May (2007) leidis, et kuigi alaseljavalu ravijuhendid peavad oluliseks patsiendi kaasamist, siis on vähe uuritud patsientide arvamust seljavalust ja selle ravist.

Ali&May (2017) uurisid seljavalupatsientide rahulolu füsioteraapia teenusega Egiptuses. Uuringus osales 18 täisealist meest ja naist, kel oli akuutne või krooniline alaseljavalu, ja kes olid käinud 3-10 korda füsioteraapia teenusel. Kaheksat riiklikul füsioteraapia teenusel käinud inimest intervjueriti 4-liikmelistes rühmades. Kümnet tasulisel füsioteraapia teenusel käinut intervjueriti privaatsest. Nad leidsid, et enne teenuse saamist olid peaaegu kõik uuringus osalejad oodanud, et füsioteraapia ravib nende seljavalu täielikult ning püsivalt. Enamik uuringus osalejaid pidasid täielikku paranemist tähtsaks faktoriks füsioteraapia teenusega rahulolu juures. Osadel patsientidel, kes ei kogenud täielikku paranemist, kujunes füsioteraapia teenusest negatiivne arvamus. Kõik uuringus osalejad tahtsid saada informatsiooni ja selgitusi nende probleemi kohta. Patsiendid leidsid, et füsioterapeudi puhul on kõige olulisemad omadused eetilisus, pühendumine ja kirk füsioteraapia vastu. Enamik vastanutest tundsid end

mugavamalt samast soost terapeutiga. Samas eelistasid uuringus osalejad pigem vastassoost kogenud terapeuti samast soost vähemkogenud terapeutile.

Magistritöö autorile teadaolevalt ei ole Eestis varem uuritud seljavalupatsientidele pakutava füsioteraapia teenuse efektiivsust ega patsientide rahulolu. Seetõttu ongi töö eesmärgiks välja selgitada seljavalupatsientide rahulolu füsioteraapia teenusega Eestis.

2. TÖÖ EESMÄRK JA ÜLESANDED

Uurimistöö eesmärk:

Selgitada välja seljavalupatsientide hinnang füsioteraapia teenuse kohta Eestis.

Uurimistöö ülesanded on välja selgitada:

1. seljavalupatsientide probleemid;
2. riikliku füsioteraapia teenuse kättesaadavus seljavalupatsientidele ja nende teadlikkus riikliku füsioteraapia teenuse võimalustest;
3. seljavalupatsientide hinnag riiklikule füsioteraapia teenusele, vajadus jätkufüsioteraapia järele;
4. seljavalupatsientide tasulise füsioteraapia teenuse kasutamise ja mittekasutamise põhjused;
5. tasulise ja riikliku füsioteraapia teenuse efektiivsuse ja koduse harjutusprogrammiga jätkamise erinevus seljavalu ravis;
6. seljavalupatsientide kogemustel efektiivsed ja nende soovitud meetodid seljavalu ravis.

3. METOODIKA

3.1. Uuringu korraldus

Magistritöö andmestik koguti ankeetküsimustiku kaudu. Seljavaluga inimesed täitsid küsimustiku veebikeskkonnas Google Docs. Andmed kanti sealt tabelarvutusprogrammi Excel. Uuritavad leiti sotsiaalmeedias (Facebookis) ilmuva üleskutse kaudu. Küsimustikku oodati täitma täisealisi mehi ja naisi, kellel esines krooniline valu ala- ja/või ülaseljas. Küsimustikule sai vastata ajavahemikus 21.12.2016-04.01.2017. Uuringus osalemine oli vabatahtlik. Uurimistöö on kooskõlastatud Tartu Ülikooli Inimuuringute eetikakomiteega, kelle poolt on väljastatud vastav luba (21.11.2016, luba nr 264/T-16).

3.2. Uurimismeetodid

Uurimismeetodina kasutati küsitlusuuringut. Puudub standardiseeritud eestikeelne küsimustik, millega oleks võimalik hinnata seljavaluga inimeste probleeme ning nende rahulolu füsioteraapia teenusega Eestis. Seetõttu kasutati uurimistöö teostaja poolt koostatud küsimustikku „seljavalu küsimustik“ (lisa 1). Küsimustikus oli kokku 15-30 küsimust: 3 lühivastusega küsimust, 23 valikvastustega küsimust ning 4 avatud vastusega küsimust. Valikvastustega küsimuste puhul sai valida vaid ühe kõige sobilikuma vastuse. Ankeeti ei saanud uurimistöö autorile saata nii, et mõnele küsimusele oli vastamata. Avatud küsimustele oli võimalik vastata „ei tea“ või kirjutada „-„. Samuti oli võimalik välja tuua mitu aspekti. Näiteks võis riikliku füsioteraapia teenuse positiivsete külgede osas välja tuua nii füsioterapeutide professionaalsuse kui ka selle, et teenus on tasuta. Seetõttu vastas näiteks antud küsimusele 105 inimest, kuid kokku loeti 120 vastust. Avatud küsimuste puhul on tulemuste peatükis välja toodud vaid vastusevariandid, mille tõid välja 5 või rohkem vastajat. Küsimuste arv sõltus vastustest. Näiteks kui inimene vastas, et ta ei käinud riiklikul füsioteraapia teenusel, sest tal polnud aega, siis jäid ülejäänud riikliku füsioteraapia teenuse küsimused tema puhul vastamata ja edasi suunati ta küsimuse juurde, mis käsitles tasulise füsioteraapia teenuse kasutamist. Küsimustikule vastamine võttis vastajal aega umbes 15 minutit. Küsimustikule tuli vastata ühekordselt, kõik andmed koguti isikustamata kujul.

3.3. Valimi moodustamise kirjeldus

Küsitlusele vastati 384 korda. Andmete analüüsi ei kaasatud 14 ankeedi vastuseid: 5 alaealist, 7 vastaja kehamassi/-pikkust puudutav vastus oli rikutud, 2 topeltankeeti. Kokku kasutati 370 uuritava vastuseid. Lõplik valim moodustas 96,4% esialgsest valimist. Protsentuaalselt moodustab valim 1,3% Eesti seljavaluga inimestest, kui võtta aluseks, et 2016.aastal diagnoositi Eestis seljavalu (M54) 29 063 inimesel (Eesti Haigekassa, 2017).

3.4. Uuritavate iseloomustus

Uuritavad olid mehed ja naised vanuses 18-77 eluaastat. 167 indiviidi (45,1%) olid ülekaalulised ($KMI \geq 25$). Uuritavate antropomeetrilisi näitajaid ja vanust iseloomustab tabel 1.

Tabel 1. Küsimustikule vastanute antropomeetrilised näitajad ja vanus (keskmine \pm standardhälve)

	vanus (a)	kehamass (kg)	kehapikkus (cm)	KMI (kg/m ²)
n=370	33,3 \pm 10,9	73,3 \pm 16,4	169,7 \pm 7,6	25,4 \pm 5,3

KMI – kehamassiindeks

3.5. Andmete statistiline analüüs

Andmete statistilise analüüsi tegemiseks kasutati programmi Microsoft Excel 2010. Andmed on esitatud protsentidena või keskmiste väärtustena ning lisatud standardhälve. Riiklikku ja tasulist füsioteraapia teenust puudutavate vastuste omavaheliste erinevuste võrdlemiseks kasutati hii-ruut testi. P-väärtuste statistilise olulisuse määraks võeti $p < 0,05$.

4. TÖÖ TULEMUSED

4.1. Seljavalupatsiendid ja nende probleemid

29,7%-l küsimustikule vastanutest oli alaseljavalu esinenud üle 10 aasta. 27,6%-l oli alaseljavalu esinenud 5-10 aastat, 16,8%-l 1-3 aastat, 14,9%-l 3-5 aastat, 5,1%-l 3-11 kuud, 3,2%-l kuni 3 kuud. 2,7%-l ei olnud alaseljavalu esinenud.

45,4%-l küsimustikule vastanutest ei olnud ülaseljavalu esinenud. 12,2%-l küsimustikule vastanutest oli ülaseljavalu esinenud 3-5 aastat, 11,1%-l rohkem kui 10 aastat, 10,3%-l 5-10 aastat, 9,5%-l 1-3 aastat, 7%-l kuni 3 kuud, 4,6%-l 3-11 kuud.

28,4% vastasid, et seljavalu esineb neil mõned korrad nädalas. 19,2%-l esines seljavalu mõned korrad kuus, 13,5%-l mõned tunnid iga päev ja öö, 11,6%-l kogu aeg, kaasa arvatud öösiti, 11,6%-l mõned korrad aastas, 10%-l mõned tunnid iga päev, 4,9%-l terve päev, 0,8%-l mõned tunnid iga öö.

34,9% ei olnud viimase aasta jooksul seljavalu tõttu valuvaigisteid võtnud. 28,9% võtsid seljavalu tõttu valuvaigisteid mõned korrad aastas, 17% mõned korrad kuus, 11,6% mõned korrad nädalas, 4,6% kaks või rohkem kordi ööpäevas, 3% üks kord ööpäevas.

49,7% vastajatest töötasid. 21,9% olid lapse või lastega kodus, 16,2% õppisid ja töötasid samal ajal, 5,4% õppisid, 1,6% olid töötud, 1,4% olid pensionil, 1,4% olid pensionil ja töötasid samaaegselt, 1,4% olid muul põhjusel kodused, 1,1% olid seljavalu tõttu kodused.

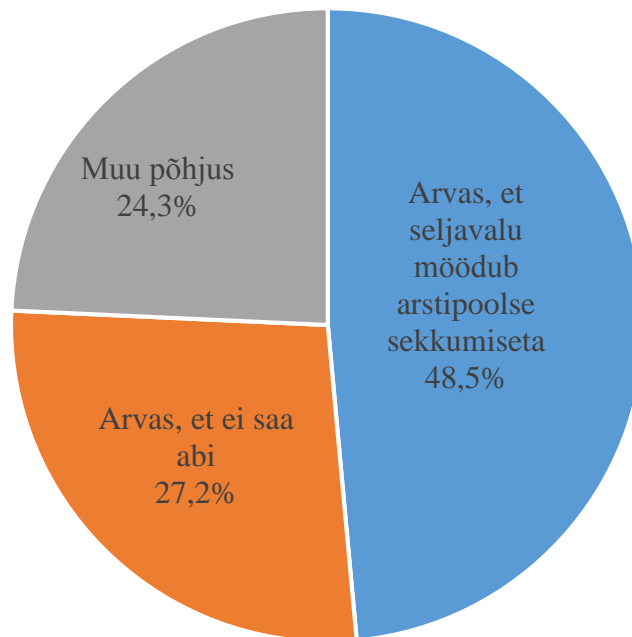
52,2% vastasid, et nad pole seljavalu tõttu pidanud koolist või töölt puuduma. 21,6% olid puudunud mitu päeva, 20% mitu nädalat, 3% ühe päeva. 1,9% vastasid, et ei saagi seljavalu tõttu tööl/koolis käia. 1,4% olid töölt/koolist seljavalu tõttu puudunud mitu aastat.

92,2% vastanute sõnul oli seljavalu häirinud nende õppimist/töötamist. 7,8% vastasid, et seljavalu ei ole nende õppimist ja/või töötamist häirinud.

4.2. Riikliku füsioteraapia teenuse kättesaadavus seljavalupatsientidele ja nende teadlikkus riikliku füsioteraapia teenuse võimalustest

54,1% vastasid, et nad on seljavalu tõttu pöördunud perearsti poole mitmel korral. 18,1% vastasid, et ühel korral. 27,8% ei olnud seljavalu tõttu perearsti poole pöördunud. Kokku oli seljavalu tõttu perearsti poole pöördunud ühel või mitmel korral 370st vastanust 267.

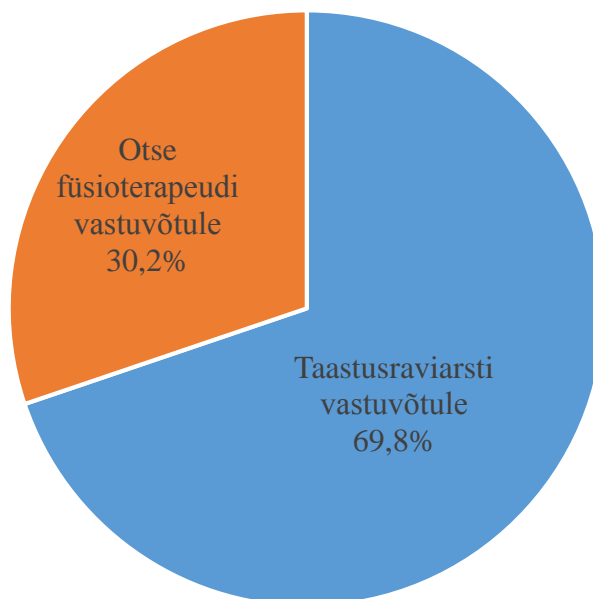
Kroonilise seljavaluga perearsti poole mittepöördumise põhjused on välja toodud joonisel 1.



Joonis 1. Kroonilise seljavaluga perearsti poole mittepöördumise põhjused (n=103)

267st inimesest 55,9% vastasid, et perearst suunas neid kroonilise seljavaluga taastusraviarsti/füsioterapeudi vastuvõtule. 33,3% vastasid, et perearst ei pidanud vajalikuks taastusraviarsti ega füsioterapeudi vastuvõtule saata. 10,9% vastasid, et neid ei suunatud taastusraviarsti/füsioterapeudi vastuvõtule muul põhjusel.

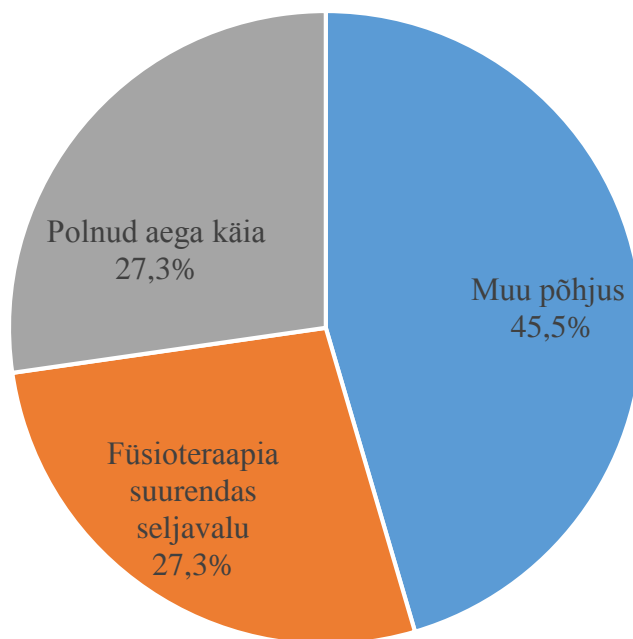
Perearstide suunamiste jaotus kroonilise seljavaluga patsientide puhul on välja toodud joonisel 2.



Joonis 2. Perearstide suunamiste jaotus kroonilise seljavaluga patsientide puhul (n=149)

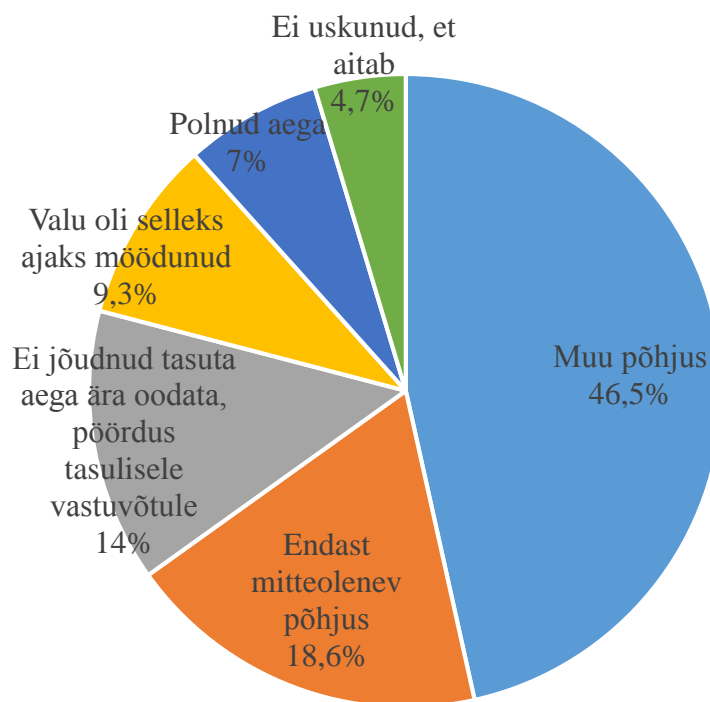
149st inimesest, kel oli võimalus füsioteraapia teenust saada, vastas 55,7%, et nad käisid kõik teraapiakorrad. 14,7% katkestasid teenusel käimise. 29,5% ei käinud riiklikul füsioteraapia teenusel, kuigi see oli neile määratud.

Kroonilise seljavaluga inimeste riikliku füsioteraapia teenuse katkestamise põhjused on välja toodud joonisel 3.



Joonis 3. Kroonilise seljavaluga inimeste riikliku füsioteraapia teenuse katkestamise põhjused (n=22)

Kroonilise seljavaluga inimeste riiklikul füsioteraapia teenusel mittekäimise põhjused on välja toodud joonisel 4.



Joonis 4. Kroonilise seljavaluga inimeste riiklikul füsioteraapia teenusel mittekäimise põhjused (n=43)

105st inimesest, kes käisid füsioterapeudi vastuvõtul, hindasid 31,4% ooteaega üsna pikaks. 27,6% hindasid seda liiga pikaks. 21% vastasid, et nad said kiiresti vastuvõtule. 20% vastasid, et ooteaeg oli normaalne.

56,2% vastasid, et nad on ühe füsioteraapia ravikuuri seljavalu vastu saanud, kuid nad ei olnud teadlikud, et veel on võimalus seda teenust kasutada. 24,8% vastasid, et nad on saanud ühe ravikuuri, kuid ise ei soovi rohkem teenust kasutada. 14,3% saavad igal aastal ühe ravikuuri. 4,8% saavad igal aastal mitu ravikuuri.

4.3. Seljavalupatsientide hinnang riiklikule füsioteraapia teenusele, vajadus jätkufüsioteraapia järele

105st inimesest, kes käisid riiklikul füsioteraapia teenusel, vastasid 57,1%, et teraapiaks oli individuaalteraapia saalis. 14,3% vastasid, et said muud teraapiavormi, 7,6% rühmatreeninguid saalis, 7,6% rühmatreeninguid basseinis, 6,7% rühmatreeninguid saalis ja basseinis, 4,8% individuaalteraapiat saalis ja basseinis, 1,9% individuaalteraapiat basseinis.

30,5% vastasid, et käisid riiklikul füsioteraapia teenusel 10 korda. 21% 5 korda, 17,1% 2-4 korda, 11,4% 1 kord, 10,5% käisid rohkem kui 10 korda, 9,5% 6-9 korda.

105 inimest vastasid riikliku füsioteraapia teenuse positiivsete külgede kohta Eestis. 34,2% vastasid, et positiivne oli see, et teenus oli tasuta ja seeläbi kõigile kättesaadav. 25% ei osanud sellele küsimusele vastata. 13,3% tõid välja, et riiklikku füsioteraapia teenust osutasid professionaalsed füsioterapeudid. 10% vastasid, et said tänu teenusele oma probleemile abi/olid teenusega rahul. 5,8% vastasid, et said kiiresti abi, 3,3% pidasid positiivseks individuaalset lähenemist.

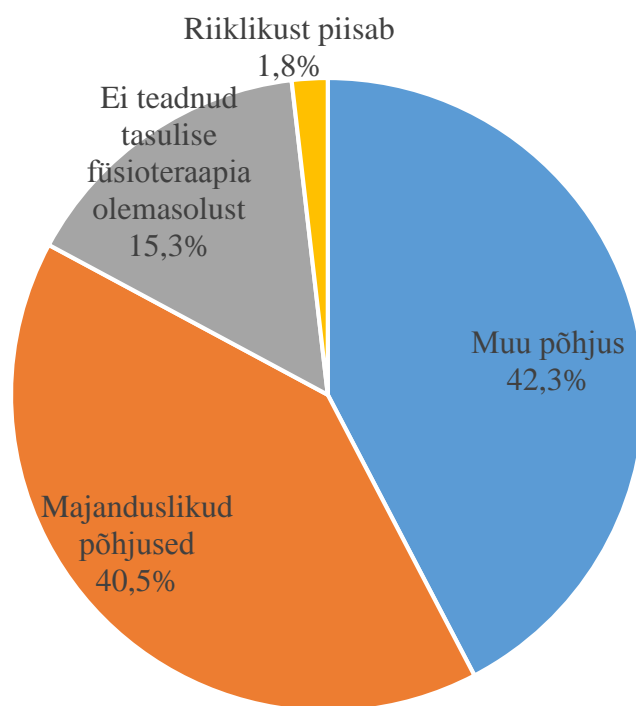
Riikliku füsioteraapia teenuse negatiivsete külgede kohta vastasid 30,6% inimestest, et ootejärjekorrad olid liiga pikad. 24,2% ei osanud küsimusele vastata. 16,1% vastasid, et iga inimese kohta oli ette nähtud liiga vähe teraapiakordi aastas. 4,8% vastasid, et negatiivseks oli informatsiooni puudulikkus riikliku füsioteraapia teenuse võimaluste kohta.

80,3% vastanutest ütlesid, et sooviksid, et Eestis oleks seljavaluga inimestele mõeldud füsioterapeutilised rühmatreeningud, kus saaks aastaringselt 2-3 korda nädalas tasuta käia. 16,8% ei osanud eelpooltoodule vastata. 3% vastasid, et ei soovi seda.

4.4. Seljavalupatsientide tasulise füsioteraapia teenuse kasutamise ja mittekasutamise põhjused

370st vastanust 74,2% ei olnud kunagi seljavalu tõttu tasulist füsioteraapia teenust kasutanud. 26% olid käinud seljavalu tõttu füsioterapeudi tasulisel vastuvõtul: 16,8% olid käinud mitmeid kordi, 9,2% ühel korral.

Kroonilise seljavaluga inimeste tasulise füsioteraapia teenuse mittekasutamise põhjused on välja toodud joonisel 5.



Joonis 5. Kroonilise seljavaluga inimeste tasulise füsioteraapia teenuse mittekasutamise põhjused (n=274)

31,3% vastanutest kasutasid tasulist füsioteraapia teenust, sest riikliku füsioteraapia teenuse ootejärjekord oli liiga pikk. 25% ei olnud teadlikud riiklikust füsioteraapia teenusest. 22,9% käisid tasulisel füsioteraapia teenusel muul põhjusel. 8,3% käisid tasulisel füsioteraapia teenusel, sest riiklikust füsioteraapia teenusest jäi väheks. 8,3% vastasid, et eraettevõttes töötav füsioterapeut tundus pädevam kui riiklikus asutuses töötav füsioterapeut. 4,2% pöördusid seetõttu, et perearst ei olnud nõus riiklikule füsioteraapia teenusele suunama.

4.5. Tasulise ja riikliku füsioteraapia teenuse efektiivsuse ja koduse harjutusprogrammiga jätkamise võrdlus seljavalu ravis

Riikliku ja tasulise füsioteraapia teenuse efektiivsuse kohta antud vastused erinesid statistiliselt olulisel määral ($p=0,027$). Samas eraldi analüüsides esines statistiliselt oluline erinevus vaid ühe küsimuse ühe vastusevariandi osas. Riikliku ja tasulise füsioteraapia teenuse efektiivsuse võrdlus seljavalu ravis on välja toodud tabelis 2.

Tabel 2. Riikliku ja tasulise füsioteraapia teenuse efektiivsuse võrdlus seljavalu ravis

Tunnus	Riikliku füsioteraapia teenus (n=105)	Tasulise füsioteraapia teenus (n=96)	Kogu valim (n=201)	p ¹
Seljavalu kadus täielikult ja pole tagasi tulnud	2 (1,9%)	7 (7,3%)	9 (4,5%)	0,071
Seljavalu kadus mõneks ajaks täielikult	10 (9,5%)	24 (25%)	34 (16,9%)	0,008*
Seljavalu vähenes ja pole rohkem süvenenud	23 (21,9%)	14 (14,6%)	37 (18,4%)	0,227
Seljavalu vähenes mõneks ajaks	46 (43,8%)	36 (37,5%)	82 (40,8%)	0,484
Seljavalu jäi samaks	20 (19%)	13 (13,5%)	33 (16,4%)	0,336
Seljavalu läks mõneks ajaks tugevamaks	3 (2,9%)	2 (2,1%)	5 (2,5%)	0,728
Seljavalu läks püsivalt tugevamaks	1 (1%)	0 (0%)	1 (0,5%)	0,339

¹- tunnuste erinevused alagruppide vahel hii-ruudu järgi *- statistiliselt oluline gruppidevaheline erinevus p<0,05

Riikliku ja tasulise füsioteraapia teenuse järgselt koduse harjutusprogrammiga jätkamises ei esinenud statistiliselt olulisi erinevusi (p=0,593). Riikliku ja tasulise füsioteraapia teenuse järgselt koduse harjutusprogrammiga jätkamise võrdlus on välja toodud tabelis 3.

Tabel 3. Riikliku ja tasulise füsioteraapia teenuse järgselt koduse harjutusprogrammiga jätkamise võrdlus

Tunnus	Riikliku füsioteraapia teenus (n=105)	Tasulise füsioteraapia teenus (n=96)	Kogu valim (n=201)	p ¹
Teeb harjutusi regulaarselt siiani	31 (29,5%)	27 (28,1%)	58 (28,9%)	0,854
Katkestas motivatsioonipuuduse tõttu	15 (14,3%)	14 (14,6%)	29 (14,4%)	0,956
Katkestas, sest seljavalu ei vähenenud	14 (13,3%)	8 (8,3%)	22 (10,9%)	0,285
Katkestas, sest polnud aega	10 (9,5%)	15 (15,6%)	25 (12,4%)	0,221
Katkestas muul põhjusel	12 (11,7%)	14 (14,6%)	26 (12,9%)	0,534
Ei teinud, sest polnud motivatsiooni kodus üksi harjutusi teha	10 (9,5%)	4 (4,2%)	14 (7%)	0,151
Ei teinud laiskuse tõttu	5 (4,8%)	5 (5,2%)	10 (5%)	0,887
Ei teinud, sest kodus polnud sobivat kohta/matti/vahendeid	4 (3,8%)	3 (3,1%)	7 (3,5%)	0,795

Ei teinud ajapuuduse tõttu	1 (1%)	4 (4,2%)	5 (2,5%)	0,149
Ei teinud muul põhjusel	3 (2,9%)	2 (2,1%)	5 (2,5%)	0,728

¹- tunnuste erinevused alagruppide vahel hii-ruudu järgi

Patsientide ettepanekud, mida füsioterapeudid oleksid võinud teisiti teha, et patsiendid oleksid kodus harjutuste sooritamist jätkanud, ei erinenud statistiliselt olulisel määral ($p=0,182$) riiklikku ja tasulist füsioteraapia teenust saanud patsientide vahel. Vastavad ettepanekud on välja toodud tabelis 4.

Tabel 4. Patsientide ettepanekud, mida riikliku/tasulise füsioteraapia teenuse käigus oleks füsioterapeudid võinud teisiti teha, et patsiendid oleksid kodus harjutuste sooritamist jätkanud

Tunnus	Riikliku füsioteraapia teenus (n=74)	Tasulise füsioteraapia teenus (n=69)	Kogu valim (n=143)	p ¹
Füsioterapeut tegi kõik õigesti, patsient ise ei tahtnud/ ei olnud motiveeritud kodus üksi harjutusi tegema	30 (40,5%)	38 (55,1%)	68 (47,6%)	0,208
Füsioterapeut oleks võinud anda harjutuste videode lingi	14 (18,9%)	6 (8,7%)	20 (14%)	0,102
Füsioterapeut oleks võinud anda harjutuste kirjeldused ja pildid paberkandjal	11 (14,9%)	6 (8,7%)	17 (11,9%)	0,285
Füsioterapeut oleks võinud rohkem motiveerida	4 (5,4%)	2 (2,9%)	6 (4,2%)	0,465
Muu	15 (20,3%)	17 (24,6%)	32 (22,4%)	0,581

¹- tunnuste erinevused alagruppide vahel hii-ruudu järgi.

4.6. Seljavalupatsientide kogemustel efektiivsed ja nende soovitud meetodid seljavalu ravis

1,1% vastanutest ei osanud öelda, mis neid on seljavalu vastu kõige paremini aidanud. 27% vastasid, et kõige paremini on neid seljavalu vastu aidanud võimlemine/harjutused. 19,9%-l aitas massaaž, 17,2%-l venitamine, 15,3%-l valuvaigistid või valuvaigistavad plaastrid, -geelid, 10,1%-l lamamine või lamamine/magamine kõval pinnal, 9,8%-l puhkus, 9,6%-l treeningud (treeningute märksõna alla on autori poolt kokku pandud kõik erinevad treeningstiilid), 8,2%-l liikumine/kõndimine, 4,9%-l asendivahetus, 3,8%-l kiropraktika, 3,6%-l sinepi- või pipraplaaster, 3,3%-l selja soojashoidmine/soojendav salv, 3,3%-l füsioteraapia, 2,7%-l õige/ergonoomiline asend, 2,7%-l aeg, 2,2%-l kinesioteipimine, 1,9%-l rahu, 1,9%-l lõdvestumine/lõdvestumine, 1,4%-l ujumine.

7,6% vastanutest ei osanud öelda, mis meetodit nad kasutaksid seljavalu ravis, kui neil oleks piisavalt aega ja raha. Vaid üks inimene vastas, et seljavalu ravi ei ole tal jäänud aja ega raha taha. 41,6% inimestest vastas, et nad laseksid endale teha massaaži. 31,4% otsustaksid füsioteraapia, 16% treeningu, 10,2% kiropraktika, 9,6% võimlemise/harjutuste, 4,4% ujumise, 2% puhkuse, 2% vesivõimlemise/vesiaeroobika, 2% venitamise, 2% uuringute, 1,7% nõelravi, 1,7% liikumise/kõndimise, 1,7% operatsiooni, 1,7% personaaltreeneri, 1,5% töökoormuse vähendamise, 1,5% veeprotseduuride kasuks.

5. ARUTELU

5.1. Seljavalupatsiendid ja nende probleemid

Autori hinnangul on tähelepanuväärne, et 29,7%-l küsimustikule vastanutest oli alaseljavalu esinenud üle 10 aasta, kusjuures küsitletute keskmine vanus oli kõigest 33,3 eluaastat. May (2007), kes küsitles alaseljavaluga patsiente, leidis, et paljud seljavaluga inimesed on õppinud sellega elama ning ei ootagi täielikku paranemist. Ülaseljavalu oli kõige suurem protsent vastajatest (12,2%) tundnud 3-5 aastat. Magistritöö autor juhib tähelepanu fakte, et küsitlusuuringut jagati ainult Facebookis, mida kasutavad rohkem noored, ja seetõttu ei vasta magistritöö kroonilise seljavaluga inimeste keskmine vanus kindlasti Eesti tegelikule kroonilise seljavaluga inimeste keskmisele vanusele. Vanemaealiste küsitlemiseks oleks veebikeskkonna asemel tulnud kasutada paberkandjal uuringut.

Uuringust sai kinnitust ka fakt, et alaseljavalu esineb tunduvalt rohkem kui ülaseljavalu: 2,7% küsimustikule vastanutest ei olnud alaseljavalu tundnud, samas kui 45,4% küsimustikule vastanutest ei olnud ülaseljavalu tundnud. Kuna alaseljavalu esineb rohkem, käsitlevad ka teadusartiklid peamiselt alaseljavalu. Ülaseljavalu on füsioteraapias väga vähe uuritud.

Kõige sagedamini (üle neljandikul vastajatest) esines seljavalu mõned korrad nädalas. Tähelepanuväärne on fakt, et 11,6%-l vastanutest esines seljavalu kogu aeg, isegi öösel. Öine valu on punane lipuke, mis vajaks eriarsti juurde suunamist (Ladeira, 2011).

Magistritöö tulemuste põhjal võib spekuloida, et seljavaluga inimesed ei võta valuvaigisteid kergekäeliselt, vaid ainult väga tugeva valu korral. Veidi üle kolmandiku (34,9%) küsimustikule vastanutest ei olnud viimase aasta jooksul seljavalu tõttu üldse valuvaigisteid võtnud. 28,9% olid valuvaigisteid võtnud vaid mõned korrad aastas. Ka Gouveia *et al.* (2017) kroonilise alaseljavaluga portugallaste seas tehtud uuring leidis, et kroonilise seljavaluga inimesed ei olnud alati valuvaigisteid kasutama. 42,2% Portugali uuringule vastanutest kannatasid tugeva alaseljavalu all, kuid vaid 17,2% nendest kasutas valuvaigisteid. 47% kogesid keskmise tugevusega valu, ainult 2% neist võttis valuvaigisteid. Väikese tugevusega valu koges 10,9% vastanutest ja ka nendest kasutas valuvaigisteid vaid 2,1%. Äramärkimist tasub ka fakt, et vaid 0,03% tugevat seljavalu kogevatest inimestest võttis opioide.

Kõige suurem protsent (49,7%) uuritavatest töötasid. 21,9% olid lapse või lastega kodus. Magistritöö autor juhib tähelepanu asjaolule, et ankeetküsitlust jagas ka beebiblogija A Mida Henry Teeb? leht ja seetõttu võib lapse/lastega kodus olevate inimeste arv magistritöös olla tavapäratult kõrge. Äramärkimist tasub ka tulemus, et 1,1% vastanutest ei saanud tööl/koolis käia just seljavalu tõttu.

Veidi üle poole vastanutest (52,2%) vastasid, et nad pole seljavalu tõttu töölt/koolist puudunud. Samas kui 92,2% vastanutest ütlesid, et seljavalu on häirinud nende õppimist/töötamist. Tulemuste põhjal võib välja tuua tendentsi, et kuigi krooniline seljavalu häirib töötamist/õppimist, siis Eesti seljavaluga inimesed pigem kannatavad, kui võtavad päeva vabaks.

5.2. Riikliku füsioteraapia teenuse kättesaadavus seljavalupatsientidele ja nende teadlikkus riikliku füsioteraapia teenuse võimalustest

Nakamura *et al.* (2014) uuring oli paljude küsimuste ja vastusevariantide mõistes sarnane käesoleva magistritöö uuringuga. Nead analüüsisid kroonilise muskuloskeetaalse valuga (s.h kroonilise seljavaluga) jaapanlasi. Magistritöös vastas 27,8% kroonilise seljavaluga inimestest, et nad ei ole seljavalu tõttu perearsti poole pöördunud. Jaapanlaste uuringus ei olnud 15,3% vastanutest saanud mingit ravi. Jaapanlaste ravi mitteotsimise põhjused jagunesid järgmiselt: 8% ei vastanud küsimusele, 16% leidsid, et ravi ei ole vajalik, 21% ütlesid, et neil polnud aega, 24% arvasid, et nad suudavad ise hakkama saada, 24% arvasid, et ravi ei oleks efektiivne, 7% ei läinud ravile muul põhjusel. Magistritöös said vastajad valida ainult kolme vastusevariandi vahel. Vastajatest 48,5% arvasid, et seljavalu möödub arstipoolse sekkumiseta (võib kõrvutada jaapanlaste vastusevariantidega „ravi ei ole vajalik“, „suudavad ise hakkama saada“). 27,2% arvasid, et nad ei saa abi. See näitab, et ligi neljandik inimestest arvasid nii Eestis kui Jaapanis, et kroonilise valu vastu ei olegi võimalik abi saada. Magistritöö autori hinnangul tuleks füsioterapeutidel ja arstidel inimeste seas selles osas selgitustööd teha. Samas võib rahul olla, et 72,2% vastanutest olid siiski ühel või mitmel korral seljavaluga perearsti poole pöördunud. Murettekitav on fakt, et neid, kes olid mitmel korral (54,1%) perearsti poole pöördunud, oli mitu korda rohkem kui neid, kes olid ühel korral (18,1%) perearsti poole pöördunud. Võib spekuloida, et inimesed, kes pöördusid arsti poole mitmel korral, ei saanud esimesel korral abi. Samuti võib spekuloida, et mitmekordne abiküsimine võis olla tingitud praegusest Eesti füsioteraapia teenuse süsteemist, kus perearst peab kroonilise seljavaluga patsiente igal aastal uuesti teenusele suunama.

Nii magistritöö kui ka Nakamura *et al.* (2014) uurisid ka teraapia katkestamise põhjuseid. Muskuloskeetaalse valu uuringus katkestasid 50,6% inimestest teraapias (füsioteraapia/ravimid/massaaž/akupunktuur jms) käimise. Magistritöö leidis, et riiklikul füsioteraapia teenusel käimise katkestasid 14,7% patsientidest. Magistritöö ja jaapanlaste uuring erinesid valupiirkondade ja teraapiate erinevuste tõttu, kuid vastuste põhjal võib tõdeda, et katkestanute hulk ei ole Eestis murettekitavalt suur. 28,4% jaapanlastest katkestas teraapia ajapuuduse tõttu, Eestis katkestas seetõttu teraapia 27,3% vastanutest. 30,2% jaapanlastest

katkestas teraapia ebaefektiivsuse tõttu. Eestis katkestas teraapia 27,3% inimestest seljavalu suurenemise tõttu. Seega olid patsientide vastused vaatamata erinevatele vastusevariantidele, probleemidele ja teraapiavormidele sarnased.

Magistritöö autori hinnangul on kahetsusväärne tõsiasi, et 27,3% inimestest katkestas füsioteraapia teenusel käimise, sest teraapia suurendas seljavalu. Seda, et teraapia võib alguses seljavalu suurendada, tuleks autori hinnangul füsioterapeutidel patsientidele selgitada juba esimesel teraapiakorral. Kindlasti on selle 27,3% hulgas ka inimesi, kellele seda selgitati, kuid magistritöö autor siiski julgeb kahelda, et kõigile katkestajatele seda selgitati.

Magistritöö autori hinnangul on murettekitav ka fakt, et 29,5% inimestest ei kasutanud riiklikku füsioteraapia teenust, kuigi see oli neile määratud. Kui käsitleda ainult tulemusi, mida oleks saanud muuta, siis 9,3% vastanutest ei läinud füsioteraapia teenusele, sest valu oli selleks ajaks möödunud. Magistritöö autori hinnangul võiks sellist olukorda vältida, kui perearst patsientidele juba esmakohtumisel selgitaks, et seljavalu kipub enamasti korduma ning sellega tuleb ka ennetavalt tegeleda. 4,7% ei läinud riiklikule teenusele seetõttu, et nad ei uskunud, et see aidata võiks. Magistritöö autori hinnangul saaks ka selles osas patsiente nõustada perearst. Samas oleks autori hinnangul perearstide koormuse vähendamiseks teretulnud ka füsioterapeutide endi või haigekassa poolt korraldatavad kampaaniad. 14% ei jõudnud tasuta füsioteraapia teenuse aega ära oodata ja pöördus tasulisele vastuvõtule. Ka Bradbury *et al.* (2013) uuringust tuli välja, et kroonilise seljavaluga inimesed saadeti Inglismaal perearsti poolt riiklikule füsioteraapia teenusele, see aga tähendas ootejärjekorras olemist. Patsientidele aga ei meeldinud oodata ja paljud, kes suutsid seda endale lubada, pöördusid tasulisele füsioteraapia teenusele, sest sealt sai kiiresti abi. Kui seljavaluga inimesed said kiiresti tasulisele füsioteraapia teenusele, tundsid nad, et neist hoolitakse. Võib spekuloida, et ka Eestis oleks tasulise füsioteraapia teenuse poole pöördunute arv veelgi suurem, kui inimeste majanduslikud võimalused oleksid olnud paremad. Allpool käsitletaksegi liiga pikki füsioteraapia teenuse ootejärekordi.

59% vastanutest hindasid füsioteraapia ootejärjekorda üsna või liiga pikaks. Ka Eesti Haigekassa 2016.aasta kohta käiva raporti kohaselt peavad 30% patsientidest ootama üle maksimaalse lubatud ooteaja ehk üle 42 päeva. Tartu Ülikooli Kliinikumis peavad üle maksimaalse lubatud ooteaja ootama tervelt 55% patsientidest (Eesti Haigekassa, 2017).

Magistritöö autor juhib tähelepanu ka asjaolule, et füsioteraapia teenusele saamiseks tuleb patsiendil järjekorras olla kolm korda. Kõigepealt tuleb aeg panna perearsti juurde, seejärel oodata taastusraviarsti vastuvõttu, lõpuks füsioterapeudi vastuvõttu.

Kuigi alates 1.jaanuarist 2016 saavad perearstid patsiente saata otse füsioterapeudi juurde kasutades selleks teraapiafondi raha (Eesti Haigekassa, 2015), tuleb magistritööst välja, et

69,8% seljavaluga patsientidest saadetakse siiski kõigepealt taastusraviarsti vastuvõtule. Magistritöö tulemusi võis autori hinnangul mõjutada asjaolu, et perearstid said inimesi suunata otse füsioterapeudi juurde alates 2016.aasta jaanuarist, mõned vastajad võisid aga olla seljavaluga perearsti juures käinud enne 2016.aastat. Kui arutleda siiski põhjuste üle, miks otse füsioterapeudi juurde suunamist on suhteliselt vähe, siis võib välja tuua asjaolu, et teraapiafondi rahaline maht moodustab vaid 3% pearahast ning teraapiafondi vahenditega tuleb lisaks füsioteraapia teenusele rahastada ka psühholoogi ja logopeedi teenuseid.

Ali&May (2017) egiptlaste seas korraldatud seljavalupatsientide rahulolu-uuringust selgus samuti, et patsiendid pidasid lühikest ootejärjekorda tähtsaks. May (2007) leidis, et alaseljavalupatsiendid pidasid ravi pikaleveninuks ja ebaefektiivseks, kui neile kirjutati vaid ravimeid või kästi puhata, kuid füsioterapeudi juurde suunati hilinenult.

Ühe suhteliselt odava võimalusena, kuidas suurendada pikkade ootejärjekordade puhul seljavalupatsientide rahulolu, oleks füsioterapeutiliste nõuannete pakkumine telefoni teel. Taylor *et al.* (2002) leidsid, et patsiendid, kes said füsioterapeutilisi nõuandeid enne tavalist teenust, olid füsioteraapiaga rohkem rahul kui need, kes said ainult tavalist teenust. Füsioterapeutilised telefoni teel edastatavad nõuanded vähendasid patsientide poolt raporteeritud seljavalust põhjustatud sümptomeid. Nõuandeks oli näiteks see, et inimesed ei jääks voodisse, vaid suurendaksid järk-järgult kehalist aktiivsust, prooviks näiteks jalutamist, ujumist või jalgrattasõitu.

Magistritöö autori hinnangul on murettekitav asjaolu, et üle poole riiklikku füsioteraapia teenust kasutanud seljavalupatsientidest (56,2%) ei teadnud, et neil oleks järgmisel aastal taas võimalus teenust kasutada. Magistritöö autori hinnangul on arusaadav, et riigil ei ole võimalik pakkuda aastaringset individuaalset riiklikku füsioteraapia teenust ning patsiendid peavad ka kodus võimlema. Samas aga oleks vajalik, et vähemalt kord aastas füsioterapeut patsienti uuesti hindaks, harjutuskava üle vaataks ja seda vajadusel kohandaks. Kodune harjutusprogramm ei saa kehtida lõputult. Magistritöö autori hinnangul oleks otstarbekas, kui füsioterapeut ise saaks patsiendi aasta pärast kontrolli kutsuda ja patsient ei peaks taas perearsti ja taastusraviarsti poole pöörduma. Selleks on arusaadavalt vaja ka riiklikku finantseeringut. Jätkufüsioteraapia küsimust käsitletakse ka järgmises alapeatükis.

5.3. Seljavalupatsientide hinnang riiklikule füsioteraapia teenusele, vajadus jätkufüsioteraapia järele

Magistritöö vastuste põhjal selgus, et kõige sagedasemaks teraapiavormiks osutus individuaalteraapia saalis (57,1%). Seevastu individuaalteraapia basseinis oli kõige vähem kasutatav teraapiavorm (1,9% juhtudest).

Nakamura *et al.* (2014) leidsid oma kroonilise muskuloskeletaalse valu uuringus, et kõige tüüpilisemalt kestis ravi rohkem kui aasta aega (40% vastanutest). Jaapanis käisid inimesed kroonilise muskuloskeletaalse valuga ravil kõige tüüpilisemalt mitu korda nädalas (32%). Kahjuks ei selgu jaapanlaste uuringust, kas otsuse, et teraapiakordi rohkem ei tule, tegi füsioterapeut või patsient ise. Magistritöö uuringus käisid 69,5% vastanutest riiklikul füsioteraapia teenusel alla kümne korra. 80,9% juhtudest piirdutigi vaid ühe ravikuuriga. Seega võib öelda, et vähemasti seljavalu osas on kroonilise valu raviprotsess Eestis tunduvalt lühem. Autori hinnangul on murettekitav, et 11,4% vastanutest käis füsioteraapia teenusel vaid ühe korra.

Autori hinnangul on vajadus kroonilise seljavaluga inimestele mõeldud aastaringselt toimuvate rühmatreeningute järele. Rühmatreening on odavam kui individuaalne teraapia ning seljavaluga inimesed oleksid pidevalt füsioterapeudi jälgimise all, saaksid regulaarselt nõu küsida. Sellist võimalust sooviksid 80,3% küsimustikule vastanutest. Kui lisada veel magistritöö tulemused, et seljavalu taandub pärast füsioteraapia ravikuuri enamasti vaid mõneks ajaks ning enamik patsiente ei ole motiveeritud kodus üksi harjutusi tegema, saab antud mõte veelgi suurema tähenduse.

Riikliku füsioteraapia teenuse positiivseimaks küljeks (34,2% vastanutest) peeti seda, et teenus on tasuta ja seetõttu kättesaadav ka väiksema sissetulekuga inimestele. 13,3% tõid välja, et riiklikku füsioteraapia teenust osutavad professionaalsed füsioterapeutid. Magistritöö autori hinnangul on see kiituseks Tartu Ülikoolile ja Tartu Tervishoiu Kõrgkoolile, kes füsioterapeute Eestis koolitavad. 10% pidasid positiivseks seda, et nad said abi. Magistritöö autori hinnangul tuleks ka selle eest kiita füsioterapeute koolitavaid õppeasutusi. Vaid 5,8% hindasid positiivseks füsioteraapia teenusele pääsemise kiirust. Ootejärjekordade probleemi käsitleti eelmises alapeatükis. 3,3% pidasid positiivseks individuaalset lähenemist. Ka Bradbury *et al.* (2013) Inglismaal tehtud uuring leidis, et patsiendid tundsid vajadust, et nendest hoolitaks kui indiviididest ja usutaks, et nende seljavalul on idividuaalne põhjus ja seetõttu planeeritaks teraapia täpselt nende jaoks. Patsiendid hindasid ravi positiivsemalt, kui nad tundsid, et neid kuulatakse ja mõistetakse.

Negatiivseimana toodi välja ootejärjekordade pikkus (30,6% vastanutest). 16,1% pidasid negatiivseks, et iga inimese kohta oli ette nähtud liiga vähe teraapiakordi aastas. Selle probleemi saaks magistritöö autori hinnangul lahendada ülalpool kirjeldatud regulaarsete rühmatreeningute abil. 4,8% tõid negatiivsena välja informatsiooni puudulikkuse riikliku füsioteraapia teenuse võimaluste kohta. Eelmise lause toesust näitab ka magistritöös saadud tulemused: paljud patsiendid ei teadnud riikliku füsioteraapia teenuse olemasolustki, rääkimata selle võimalustest.

5.4. Seljavalupatsientide tasulise füsioteraapia teenuse kasutamise ja mittekasutamise põhjused

Magistritöö uuritavatest ligi kolm neljandikku (74,2%) ei olnud kunagi tasulist füsioteraapia teenust kasutanud.

Casserley-Feeney *et al.* (2008) uurisid muskuloskeetaalse valuga patsientide rahulolu tasulise füsioteraapia teenusega Iirimaal. Nad leidsid, et patsiendid olid teenusega väga rahul, rahulolematud oldi vaid teenuse maksumusega. Ka magistritööst tuli välja, et 40,5% vastanutest ei kasutanud tasulist füsioteraapia teenust just majanduslike põhjuste tõttu.

Magistritöö autori hinnangul on murettekitav, et 15,3% tasulist füsioteraapia teenust mitte kasutanud inimestest ei teadnud, et tasuline füsioteraapia teenus on olemas. See tähendab, et 42 inimest 274st ei teadnud, et tasuline füsioteraapia teenus on olemas. Võib spekuloida, et kui need inimesed oleksid tasulisest füsioteraapia teenusest teadnud, siis oleks ehk mõni kroonilise seljavaluga inimene vähem, sest nad oleksid saanud pärast riikliku füsioteraapia teenuse lõppu teraapiaga jätkata.

Vaid 1,8% uuritavatest ei kasutanud tasulist füsioteraapia teenust seetõttu, et said piisavalt riiklikku füsioteraapia teenust. See rõhutab veelgi riikliku füsioteraapia teenuse reformimise vajadust.

Tasulise füsioteraapia teenuse poole pöörduti eelkõige riikliku füsioteraapia teenuse puudujääkide pärast. 31,3% pöördusid seetõttu, et riikliku füsioteraapia teenuse ootejärjekord oli liiga pikk. 25% ei teadnud, et riikliku füsioteraapia teenus on olemas. 8,3% käisid seetõttu, et riiklikust füsioteraapia teenusest jäi väheks. 8,3% käisid seetõttu, et eraettevõttes töötav füsioterapeut tundus pädevam kui riiklikus asutuses töötav füsioterapeut. 4,2% pöördusid seetõttu, et perearst ei olnud nõus riiklikule füsioteraapia teenusele suunama. 22,9% kasutasid tasulist füsioteraapia teenust muudel põhjustel. Autori hinnangul oleks seega 77,1% tasulise füsioteraapia teenuse valinud uuritavatest võinud parematel tingimustel kasutada riiklikku teenust. See pakubki autori hinnangul mõtlemisainet riikliku füsioteraapia teenuse parandamiseks Eestis: vähendada ootejärjekordi, suurendada inimeste teadlikkust riikliku füsioteraapia teenuse olemasolust ja füsioterapeutide väljaõppe kvaliteedist, koolitada kroonilise seljavalu alal perearste, välja töötada jätkufüsioteraapia süsteem.

5.5. Tasulise ja riikliku füsioteraapia teenuse efektiivsuse ja koduse harjutusprogrammiga jätkamise võrdlus seljavalu ravis

Ali&May (2017), kes uurisid egiptlastest seljavalupatsientide rahulolu füsioteraapia teenusega, leidsid, et need uuritavad, kes olid kasutanud nii riiklikku kui ka tasulist füsioteraapia teenust, olid efektiivsuse ja maksumuse mõistes rohkem rahul riikliku

füsioteraapia teenusega. Bradbury *et al.* (2013) Inglismaal tehtud uuring leidis aga vastupidist. Nad leidsid, et patsiendid olid rohkem rahul tasulise füsioteraapia teenusega.

Magistritöö ei püüdnud välja selgitada, kas patsiendid on rohkem rahul riikliku või tasulise füsioteraapia teenusega, sest paljud patsiendid olid kasutanud ainult riiklikku või tasulist füsioteraapia teenust. Küll aga võrreldi riiklikku ja tasulist füsioteraapia teenust ravitulemuste ning koduse harjutusprogrammiga jätkamise osas. Magistritööst selgus, et riikliku ja tasulise füsioteraapia teenuse osas vähemalt eelpoolnimetatud kahes aspektis statistiliselt olulisi erinevusi ei olnud. Statistiliselt oluline erinevus esines vaid ühe küsimuse ühes vastusevariandis: tasulise füsioteraapia teenuse järgselt kadus rohkematel inimestel (25%) mõneks ajaks seljavalu täielikult kui riiklikku füsioteraapia teenust saanud inimestel (9,5%).

Füsioteraapia teenuse efektiivsuse ja patsientide rahulolu all pidas uuringu autor eelkõige silmas seljavalu vähenemist/kadumist füsioteraapia teenuse tulemusena. Ka May (2001) leidis oma ülevaateartiklis, et valust vabanemine ei ole seljavalupatsientide jaoks küll ainus rahulolu määrav aspekt, kuid siiski põhiline faktor.

Nii riikliku (43,8%) kui tasulise füsioteraapia teenuse (37,5%) puhul võis täheldada, et kõige sagedamini ravi tulemusel seljavalu vähenes, kuid vaid mõneks ajaks. Neid, kellel seljavalu kadus jäädavalt, oli väga vähe: riikliku füsioteraapia teenuse kasutajatest 1,9%-l, tasulise füsioteraapia teenuse kasutajatest 7,3%-l. Seljavalu läks jäädavalt tugevamaks mõlema teenuse peale vaid ühel inimesel. Magistritöö autori hinnangul võib sellest välja lugeda, et füsioteraapia teenus on kroonilise seljavalu puhul efektiivne, kuid vajab järjepidevust, mille võiks saavutada kas koduse harjutusprogrammiga või jätkufüsioteraapiaga.

Elena (2017) uuris koduse harjutusprogrammi efektiivsust kroonilise alaseljavaluga inimestel. 18 vaatluselust sooritasid kodust harjutusprogrammi 6 kuu vältel. Harjutati 3 korda nädalas 45 minutit korraga. Enne programmi algust demonstreeris harjutusi füsioterapeut ning harjutused anti osalejatele ka paberkandjal. Koduse harjutusprogrammi tulemusel paranes aktiivne lumbaalfleksioon, vähenes alaseljavalust põhjustatud füüsiline puue ning seljavalu. Elena (2017) uuringust võib järeldada, et kodune harjutusprogramm on efektiivne kroonilise alaseljavalu puhul.

Kodune harjutusprogramm saab efektiivne olla vaid siis, kui patsiendid seda tõepoolest praktiseerivad. Magistritöö leidis, et nii riikliku (29,5%) kui ka tasulise füsioteraapia teenuse (28,1%) järgselt jätkavad kodus harjutuste sooritamist alla kolmandiku vastanutest. 50,6% uuritavatest katkestasid kodus harjutuste sooritamise, 20,5% aga ei proovinudki kodus harjutusi teha. Nii katkestamise kui mittetegemise puhul oli enamlevinud põhjuseks motivatsioonipuudus.

4,2% kõikidest patsientidest oleks soovinud, et füsioterapeut oleks neid rohkem motiveerinud. Holden *et al.* (2015) küsitlesid Austraalia füsioterapeute. 91,8% füsioterapeutidest leidis, et patsientide motiveerimine on väga tähtis. Austraalia füsioterapeutide kõige enam levinud põhjused motivatsioonistrateegiate mittekasutamiseks olid teraapia ajalised piirangud ja puudulik haridus selles vallas. Magistritöö autori hinnangul võiks ka Eestis füsioterapeutide sellealast väljaõpet suurendada.

Ligi pooled küsitletutest (47,6%) vastasid aga, et füsioterapeut tegi kõik õigesti ja harjuste mittetegemise põhjusi tuleks otsida vaid patsientides endis. 14% vastanutest oleks soovinud videode linki, 11,9% harjutuste kirjeldusi ja pilte paberkandjal.

Palazzo *et al.* (2016) uurisidki, miks kroonilise alaseljavaluga inimesed pärast füsioteraapia teenuse lõppu kodus harjutusprogrammiga jätkata ei taha. Põhjusi oli väga erinevaid. Uuringust selgus, et vanemad inimesed ja need, kes ei tegelenud regulaarselt spordiga, tundsid, et rohkem kui 4 harjutust on nende jaoks liiga palju. Treeningutega harjunud inimesed ootasid aga suuremat harjutuste arvu, et koduprogramm oleks mitmekesine. Patsiendid ei tahtnud teha harjutusi, mis põhjustasid või suurendasid valu. Harjutused, mis leevendasid koheselt valu, olid soositud. Paljud ei teadnud, kas nad sooritasid harjutusi õige tehnikaga. Mõned pidasid harjutusi igavateks ja korduvateks. Mõned patsiendid tundsid pärast ravisutuses võimlemise lõpetamist kodus võimlemist alustades üksindust (polnud enam juhendavat füsioterapeuti ega teisi patsiente). Mõned ütlesid, et neil on vaja motivatsiooni püsimiseks regulaarseid kohtumisi arsti või füsioterapeutiga. Uuringu korraldajad selgitasid ka välja, mis võiks inimesi motiveerida. Perfektseks lahenduseks peeti personaaltreenerit, kes tuleks koju harjutusi juhendama. Noored ja atleetlikud patsiendid soovisid harjutusprogrammi progressioonidega ning pidevalt lisanduvaid uusi harjutusi. Mõned tahtsid harjutusi, mida saaks sooritada ükskõik kus ja ükskõik millal (tänaval kõndides, bussis istudes, kontoris, tolmuimejaga koristades jne). Patsiendid soovisid harjutusi video või mängu kujul, kuid ütlesid, et abi on ka piltidest/brošüürist. Mõned inimesed tundsid, et ka videost ei piisa, vaid nad soovivad harjutuste sooritamise kohta tagasisidet, milleks sobiks interneti vahendusel toimuv füsioteraapiaseanss või virtuaalreaalsus (visuaalsed või helisignaalid tähistamaks õnnestumisi või ebaõnnestumisi). Videomänge soositi pigem nooremate patsientide poolt, vanemaealised pidasid neid rumalateks ja ärritavateks. Patsiendid soovisid, et arsti/füsioterapeutiga oleks lihtne kontakteeruda – mõnele sobis see, kui ta saadaks iganädalaselt spetsialistile ülevaate, kuidas tal läinud on; mõni tahtis näost näkku kohtumist (Skype vms). Magistritöö autori hinnangul annab artikkel häid mõtteid, kuidas koduse harjutusprogrammiga jätkamise tõenäosust suurendada.

5.6. Seljavalupatsientide kogemustel efektiivsed ja nende soovitud meetodid seljavalu ravis

Kui võrrelda inimeste vastuseid teaduslikult tõendatud soovitustega, mis on välja toodud Dagenais *et al.* (2010) süstemaatilises ülevaateartiklis kroonilise alaseljavaluga patsientide puhul, siis võib leida nii sarnasusi kui ka erinevusi. Näiteks väitsid magistritöö uuritavad, et kõige paremini on neid seljavalu vastu aidanud võimlemine/harjutused (27% vastanutest), aga ka venitamine (17,2%), treeningud (9,6%), liikumine/kõndimine (8,2%), füsioteraapia (3,3%), ujumine (1,4%). Ka Dagenais *et al.* (2010) leidsid, et uuringute kohaselt soovitatakse kroonilise alaseljavalu puhul seljaharjutusi (5 uuringut 6st), kehalist aktiivsust (4 uuringut 6st), seljakoole (4 uuringut 6st). 15,3% magistritöö uuritavatest ütlesid, et seljavalu vastu on neid kõige rohkem aidanud valuvaigistid/valuvaigistavad plaastrid/valuvaigistavad geelid. Ka Dagenais *et al.* (2010) uuringu kohaselt soovitatakse kroonilise alaseljavalu puhul nõrku opioideid valuvaigisteid (5 uuringut 6st) ja mittesteroidseid põletikuvastaseid aineid (5 uuringut 6st). 3,8% inimestest vastas, et neid aitas kiropraktiku juures käimine. Ka seda väidet toetab Dagenais *et al.* (2010) uuring (5 uuringut 6st). Samas kui 3,3% magistritöö vastajatest leidsid, et seljavalu vastu aitab selja soojas hoidmine/soojendav salv. Dagenais *et al.* (2010) uuring ei soovita alaseljavalu vastu külma- ega soojaravi. Populaarsuselt teisel kohal oli magistritöö vastanute seas massaaž (19,9%, rahaliste võimaluste korral isegi 41,6%). Dagenais *et al.* (2010) väitel ei ole massaaž kroonilise alaseljavalu puhul tõendatust leidnud. Küll aga soovitas massaaži üks uuring kuuest akuutse alaseljavalu puhul ning kaks uuringut kuuest alaseljavalu puhul, millel on märkimisväärne neuroloogiline haaratus. Dagenais *et al.* (2010) uuringus välja toodud soovitus, mida magistritöös osalejad ei maininud, oli põgus harimine alaseljavalu osas (5 uuringut 6st).

2% magistritöö vastajatest sooviksid seljavalu leevendada uuringute tegemisega. Dagenais *et al.* (2010) süstemaatilise ülevaateartikli kohaselt tuleks uuringuid teostada vaid sellistel alaseljavaluga patsientidel, kellel kahtlustatakse potentsiaalselt tõsist lülisamba patoloogiat või arvatakse, et alaseljavalul on spetsiifiline põhjus.

1,7% magistritöö vastanutest soovisid seljavalu parandada operatsiooniga. Liang *et al.* (2016) leidsid oma metaanalüüsis, et mittekirurgilist ravi saanud kroonilise seljavaluga inimeste Oswestry küsimustiku tulemus (elukvaliteet) oli parem kui kirurgilise sekkumise läbi teinud inimestel. Morlion (2013) jõudis järeldusele, et lülisambaoperatsioone tuleks kaaluda vaid juhul, kui krooniline alaseljavalu ei ole allunud pikaajalisele konservatiivsele teraapiale. Samas leidsid Hopayian&Notley (2014), et kui seljavalupatsiendid ei teadnud oma täpset diagnoosi, siis see tegi osade patsientide jaoks toimetuleku raskemaks, osadel tekkis aga tunne, et neid ei

usuta. Osad patsiendid tundsid vajadust uuringute järele, sest tahtsid püüda valu „nähtavaks“ muuta.

Wong *et al.* (2017) süstemaatilises ülevaateartiklis leiti, et kõik 8 uuritud artiklit soovitasid kroonilise alaseljavalu puhul multimodaalset rehabilitatsiooni, mis sisaldaks lisaks kehalisele sekkumisele (harjutused) ka psühholoogilist sekkumist (kognitiivsed/käitumuslikud lähenemised). Magistritöö autori hinnangul võib psühhoteraapia olla inimeste vastustest välja jäänud ka seetõttu, et see ei kuulu Eestis klassikalisel kroonilise seljavalu raviprogrammi. Küll aga võib inimeste vastustest välja lugeda (9,8% vastasid, et neid aitab seljavalu vastu puhkamine, 1,9% ütlesid, et rahu, 1,9% lõõgastumine/lõdvestumine), et psühhoteraapiat võiks kroonilise seljavalu puhul kaaluda ka Eestis. Michalsen *et al.* (2016) uuringust selgus, et meditatsioon aitab kroonilise alaseljavalu puhul tajutavat stressi rohkem leevendada kui harjutused. Magistritöö autorile teadaolevalt Eestis riikliku õppeprogrammi raames füsioterapeutidele meditatsioonitehnikaid ei õpetata.

May (2007) küsitles alaseljavalupatsiente ja uuris, mis neid seljavalu vastu kõige paremini aitab. Üle poole vastanutest ütlesid, et nad kasutavad valu leevendamiseks harjutusi. Kui koondada magistritöö kõik kehalist aktiivsust väljendavad tegevused, siis võib öelda, et 66,7% vastanutest peavad parimaks leevendavaks vahendiks harjutusi. Nii May uuringu kui ka magistritöö uuritavad kasutasid seljavalu leevendamiseks veel sooja, massaaži ning valuvaigisteid.

Kõige enam soovitud meetod, mida kroonilise seljavaluga inimesed sooviksid piisava aja ning majanduslike võimaluste korral seljavalu leevendamiseks kasutada, oli massaaž (41,6% vastanutest). Massaaž on leitud olevat efektiivne nii ülaseljavalu (Buttagat *et al.*, 2016) kui ka kroonilise alaseljavalu leevendamises (Netchanok *et al.*, 2012). Füsioteraapia teenus oli magistritöö uuritavate seas teisel kohal (31,4% vastanutest). Uuritavate vastustest selgus, et patsientidel on soov füsioteraapia teenust saada, aga nad ei ole seda millegipärast saanud. Senimaani aidanud meetodite hulgas oli füsioteraapia teenus 13.kohal. Soovitud meetodite seas aga 2.kohal. Sellest võib järeldada, et füsioteraapia teenus vajab reformimist.

5.7. Töö limiteerivad faktorid ja praktilised väljundid

Magistritöös leidub nii tugevusi kui ka nõrkusi. Valimi suurus on ühtlasi nii tugevus kui ka nõrkus. Kui teiste spordibioloogia ja füsioteraapia instituudi teadustöödega võrrelda, siis on käesoleva magistritöö valimi suurus tavapärasest suurem ja võib lugeda uuringu tugevuseks. Kui võrrelda valimit kroonilise seljavaluga inimeste arvuga Eestis, siis esindab valim vaid umbes 1% kroonilise seljavaluga inimeste arvumust ja on magistritöö nõrkuseks. Seetõttu saab töö tulemuste põhjal rääkida eelkõige tendentsidest. Järgnevates uuringutes võiks kaasata

kroonilise seljavaluga patsientidega töötavaid spetsialiste, et sarnased küsimustikud jõuaksid rohkemate inimesteni ja seeläbi kajastaksid vastused veelgi rohkemate inimeste arvamust.

Töö puuduseks on ka magistrیتöö autori poolt koostatud küsimustik, mis ei ole valideeritud ega standardiseeritud. Seetõttu on võimalus, et kõik küsitlusele vastanud inimesed ei mõistnud küsimusi ühtemoodi. Paraku ei eksisteeri hetkel ühtki valideeritud küsimustikku, mis annaks ülevaate kroonilise seljavaluga inimeste rahulolust füsioteraapia teenusega Eestis. Teistes riikides kasutatud küsimustikud ei oleks kahjuks Eesti olude kajastamiseks täies mahus sobinud.

Samuti on töö puuduseks asjaolu, et on veel küsimusi, mida oleks võinud küsida, kuid jäid küsimustikust välja. Magistrیتöö autor arvas, et kui küsimuste arv oleks olnud veel suurem, oleksid paljud inimesed liigse ajakulu tõttu loobunud küsimustikule vastamisest.

Puuduseks võib pidada ka asjaolu, et kasutatud kirjanduse allikad on keskendunud alaseljavalule, kuid magistrیتöö uuritavate seas oli ka ülaseljavaluga inimesi. Paraku ongi alaseljavalu rohkem uuritud valdkond, sest seda esineb rohkem kui ülaseljavalu. Seetõttu võib mõista asjaolu, et alaseljavalu kohta käivaid allikaid on rohkem. Samas esines ka magistrیتöös osalenutel valdavalt alaseljavalu. Alaseljavalu ei olnud tundnud vaid 2,7% uuritavatest.

Suurimaks puuduseks võib pidada seda, et küsitluses jäi tuvastamata vastajate sugu ja seetõttu puudub võrdlus meeste ja naiste esitatud andmete vahel. Samas võib tõdeda, et magistrیتöö on koostatud eelkõige selleks, et arutleda selle üle, kuidas füsioteraapia teenuse kvaliteeti Eestis kroonilise seljavaluga inimeste jaoks parandada ning vähemalt praegu ei olene seljavalu ravimine patsiendi soost.

Vaatamata uuringu puudustele võib positiivse külje pealt välja tuua, et töös kajastatud teemat ei ole sellisel kujul Eestis varem uuritud. Tänu magistrیتööle saavad Eesti kroonilise seljavaluga inimeste seisukohti teada nii perearstid, füsioterapeudid, taastusraviarstid kui ka Eesti Haigekassa. Loodetavasti saavad pikemas perspektiivis praktilist kasu ka kroonilise seljavaluga inimesed ise.

6. JÄRELDUSED

1. Enim esineb alaseljavalu. Krooniline seljavalu häirib inimeste töötamist/õppimist, kuid haiguspäevi enamasti ei võeta.
2. Kroonilise seljavaluga inimestele mõeldud riiklik füsioteraapia teenus vajab reformimist teenuse kättesaadavuse ning seljavalupatsientide teadlikkuse suurendamise osas.
3. Kroonilise seljavaluga inimesed peavad riikliku füsioteraapia teenuse positiivseimaks aspektiks tasuta teenust, negatiivseimaks pikki ootejärjekordi. Kroonilise seljavaluga inimesed soovivad jätkufüsioteraapiana rühmatreeninguid.
4. Tasulist füsioteraapia teenust kasutatakse riikliku füsioteraapia teenuse puudujääkide pärast. Peamine tasulise füsioteraapia teenuse kasutamisest loobumise põhjus on selle maksumus.
5. Riiklik ja tasuline füsioteraapia teenus ei erine efektiivsuse ega koduse harjutusprogrammiga jätkamise osas.
6. Enim leevendab kroonilist seljavalu võimlemine/harjutuste sooritamine, kroonilise seljavaluga inimesed soovivad valu leevendamiseks kõige enam kasutada massaaži.

KASUTATUD KIRJANDUS

1. Alberto De V, Marta Helena Souza De C, Nicolý Machado M, Débora de Melo T, José Eduardo C, *et al.* Prevalence and factors associated to back pain in adults from the northeast of São Paulo, Brazil: a population-based study. *Fisioterapia Em Movimento* 2017; 2: 255.
2. Aleksiev AR. Ten-year follow-up of strengthening versus flexibility exercises with or without abdominal bracing in recurrent low back pain. *Spine* 2014; 39(13): 997-1003.
3. Ali N, May S. A Qualitative Study into Egyptian Patients' Satisfaction with Physiotherapy Management of Low Back Pain. *Physiotherapy Research International* 2017; 22(2).
4. Beattie P, Turner C, Dowda M, Michener L, Nelson R. The MedRisk Instrument for Measuring Patient Satisfaction With Physical Therapy Care: a psychometric analysis. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* 2005; 35: 24–32.
5. Bradbury K, Bishop F, Yardley L, Lewith G. Patients' appraisals of public and private healthcare: A qualitative study of physiotherapy and osteopathy. *Journal Of Health Psychology* 2013; 18(10): 1307-1318.
6. Butttagat V, Narktro T, Onsira K, Pobsamai C. Short-term effects of traditional Thai massage on electromyogram, muscle tension and pain among patients with upper back pain associated with myofascial trigger points. *Complementary Therapies In Medicine* 2016; 28: 8-12.
7. Casserley-Feeney S, Phelan M, Duffy F, Roush S, Cairns M, *et al.* Patient Satisfaction with private Physiotherapy for musculoskeletal Pain. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2008; 9: 1-13.
8. Chen HM, Wang HH, Chen CH, Hu HM. Effectiveness of a stretching exercise program on low back pain and exercise self-efficacy among nurses in Taiwan: a randomized clinical trial. *Pain Management Nursing* 2014; 15(1): 283-291.
9. Dagenais S, Tricco A, Haldeman S. Synthesis of recommendations for the assessment and management of low back pain from recent clinical practice guidelines. *Spine Journal* 2010; 10(6): 514-529.
10. Eesti Haigekassa, 2017.
11. Eesti Haigekassa. Teraapiafondi protsessi kirjeldus. 2015.
https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/PKS/2016_01_29_teraapia_fond_protsessi_kirjeldus_1.pdf, 21.07.2017.
12. Eesti Haigekassa. Ülevaade ravi kvaliteedist Eesti tervishoiusüsteemis. 2017.
https://haigekassa.ee/sites/default/files/Indikaatorite-raportid/haigekassa_ravikvaliteedi_raport_20.07.17.pdf, 21.07.2017.

13. Elena S. Effectiveness of a home-based physical therapy program in patients with chronic low back pain. *Timisoara Physical Education And Rehabilitation Journal* 2017; 8(15): 12-16.
14. França FR, Burke TN, Caffaro RR, Ramos LA, Marques AP. Effects of muscular stretching and segmental stabilization on functional disability and pain in patients with chronic low back pain: a randomized, controlled trial. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 2012; 35(4): 279-285.
15. Gatti R, Faccendini S, Tettamanti A, Barbero M, Balestri A, *et al.* Efficacy of trunk balance exercises for individuals with chronic low back pain: a randomized clinical trial. *Journal of Orthopaedic&Sports Physical Therapy* 2011; 41(8): 542-552.
16. Goldstein MR, Elliott SD, Guccione AA. The Development of an Instrument to Measure Satisfaction With Physical Therapy. *Physical Therapy* 2000; 80(9): 853-863.
17. Gouveia N, Canhão H, Branco J, Rodrigues A, Ramiro S, *et al.* The Use of Analgesic and Other Pain-Relief Drugs to Manage Chronic Low Back Pain: Results from a National Survey. *Pain Practice* 2017; 17(3): 353-365.
18. Grunnesjö MI, Bogefeldt JP, Blomberg SIE, Strenger LE, Svärdsudd KF. A randomized controlled trial of the effects of muscle stretching, manual therapy and steroid injections in addition to „stay active“ care on health-related quality of life in acute or subacute low back pain. *Clinical Rehabilitation* 2011; 25(11): 999-1010.
19. Heyduck K, Meffert C, Glattacker M. Illness and Treatment Perceptions of Patients with Chronic Low Back Pain: Characteristics and Relation to Individual, Disease and Interaction Variables. *Journal Of Clinical Psychology In Medical Settings* 2014; 21(3): 267-281.
20. Hills R, Kitchen S. Toward a theory of patient satisfaction with physiotherapy: Exploring the concept of satisfaction. *Physiotherapy Theory & Practice* 2007; 23(5): 243-254.
21. Holden J, Davidson M, O'Halloran P. Original article: Motivational strategies for returning patients with low back pain to usual activities: A survey of physiotherapists working in Australia. *Manual Therapy* 2015; 20: 842-849.
22. Hopayian K, Notley C. Review Article: A systematic review of low back pain and sciatica patients' expectations and experiences of health care. *The Spine Journal* 2014; 14: 1769-1780.
23. Itoh H, Kitamura F, Yokoyama K. Estimates of Annual Medical Costs of Work-related Low Back Pain in Japan. *Industrial Health* 2013; 51(5): 524-529.
24. Kyte D, Calvert M, van der Wees P, ten Hove R, Tolan S, *et al.* An introduction to patient-reported outcome measures (PROMs) in physiotherapy. *Physiotherapy* 2015; 101(2): 119-125.

25. Ladeira C. Evidence based practice guidelines for management of low back pain: physical therapy implications. *Brazilian Journal Of Physical Therapy* 2011; 15(3): 190-199.
26. Lawand P, Júnior IL, Jones A, Sardim C, Ribeiro LH, *et al.* Effect of a muscle stretching program using the global postural reeducation method for patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Joint Bone Spine* 2015; 82: 272-277.
27. Lewis A, Morris ME, Walsh C. Are physiotherapy exercises effective in reducing chronic low back pain? *Physical Therapy Reviews* 2008; 13(1): 37-44.
28. Liang W, Qunfeng G, Xuhua L, Bin N. Surgical versus nonsurgical treatment of chronic low back pain: A meta-analysis based on current evidence. *Journal Of Back & Musculoskeletal Rehabilitation* 2016; 29(3): 393-401.
29. May S. Patient Satisfaction with Management of Back Pain Main. *Physiotherapy* 2001; 87: 4-20.
30. May S. Patients' attitudes and beliefs about back pain and its management after physiotherapy for low back pain. *Physiotherapy Research International: The Journal For Researchers And Clinicians In Physical Therapy* 2007; 12(3): 126-135.
31. Meucci RD, Fassa AG, Faria NM. Prevalence of chronic low back pain: systematic review. *Revista de Saúde Pública* 2015; 49(73): 1-10.
32. Michalsen A, Kunz N, Jeitler M, Brunnhuber S, Meier L, *et al.* Effectiveness of focused meditation for patients with chronic low back pain—A randomized controlled clinical trial. *Complementary Therapies In Medicine* 2016; 26: 79-84.
33. Morlion B. Chronic low back pain: pharmacological, interventional and surgical strategies. *Nature Reviews Neurology* 2013; 9(8): 462-473.
34. Nakamura M, Toyama Y, Nishiwaki Y, Ushida T. Original Article: Prevalence and characteristics of chronic musculoskeletal pain in Japan: A second survey of people with or without chronic pain. *Journal Of Orthopaedic Science* 2014; 19: 339-350.
35. Netchanok S, Wendy M, Marie C, Siobhan O. The effectiveness of Swedish massage and traditional Thai massage in treating chronic low back pain: A review of the literature. *Complementary Therapies In Clinical Practice* 2012; 18: 227-234.
36. Palazzo C, Klinger E, Dorner V, Kadri A, Thierry O, *et al.* Original article: Barriers to home-based exercise program adherence with chronic low back pain: Patient expectations regarding new technologies. *Annals Of Physical And Rehabilitation Medicine* 2016; 59: 107-113.
37. Pandey V, Chakraborty T, Mukhopadhyay S. Prevalence of musculoskeletal disorders, levels of physical activity and perceived quality of life amongst construction site managers in Mumbai: A case study. *Work* 2012; 43(4): 447-451.

38. Purepong N, Jitvimonrat A, Boonyong S, Thaveeratitham P, Pensri P. Effect of flexibility exercise on lumbar angle: a study among non-specific low back pain patients. *Journal of Bodywork&Movement Therapies* 2012; 16: 236-243.
39. Rayhan R, Yin Z, Uddin E, Timbol C, Adewuyi O, *et al.* Administer and Collect Medical Questionnaires with Google Documents: A Simple, Safe, and Free System. *Applied Medical Informatics* 2013; 33(3): 12-21.
40. Roush SE, Sonstroem RJ. Development of the Physical Therapy Outpatient Satisfaction Survey (PTOPS). *Physical Therapy* 1999; 79(2): 159-170.
41. Sherman KJ, Cherkin DC, Wellman RD, Cook AJ, Hawkes RJ, *et al.* A randomized trial comparing yoga, stretching, and a self-care book for chronic low back pain. *Archives of Internal Medicine* 2011; 171(22): 2019-2026.
42. Simon W, Bruno H, Sara S, Claudia E, Urs M, *et al.* Cost of low back pain in Switzerland in 2005. *The European Journal Of Health Economics* 2011; 5: 455.
43. Smith BE, Littlewood C, May S. An update of stabilisation exercises for low back pain: a systematic review with meta-analysis. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2014; 15: 416.
44. Taylor S, Ellis I, Gallagher M. Research report: Patient Satisfaction with a New Physiotherapy Telephone Service for Back Pain Patients. *Physiotherapy* 2002; 88: 645-657.
45. Vanti C, Monticone M, Ceron D, Bonetti F, Piccarreta R, *et al.* Italian Version of the Physical Therapy Patient Satisfaction Questionnaire: Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Properties. *Physical Therapy* 2013; 93(7): 911-922.
46. Weber-Rajek M, Lulińska-Kuklik E, Orłowska K, Czerniachowska I, Radzimińska A, *et al.* Evaluating the effectiveness of various forms of physical therapy in low back pain treatment. *Trends In Sport Sciences* 2016; 23(3): 147-154.
47. Wenig C, Schmidt C, Kohlmann T, Schweikert B. Costs of back pain in Germany. *European Journal Of Pain* 2009; 13: 280-286.
48. Wong JJ, Côté P, Sutton DA, Randhawa K, Yu H, *et al.* Clinical practice guidelines for the noninvasive management of low back pain: A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. *European Journal Of Pain* 2017; 21(2): 201-216.

LISAD

Lisa 1. Küsitlusankeet „Seljavalu küsimustik“

Seljavalu küsimustik

Lugupeetud seljavaluga mees või naine!

Olen Tartu Ülikooli meditsiiniteaduste valdkonna 2.kursuse magistrant Lilian-Mariete Hani. Teen oma magistritöö teemal "Seljavalupatsientide rahulolu füsioteraapia teenusega Eestis". Antud küsimustiku eesmärgiks on välja selgitada praeguse seljavalupatsiendi käsitlemise tugevused ja nõrkused. Kui Te olete täisealine ning Teil on ala- ja/või ülaseljavalu, siis palun vastake vabatahtlikult antud küsimustikule. Kokku on 15-30 küsimust. Küsimuste arv sõltub Teie vastustest. Küsimustikule vastamine võtab aega umbes 5-15 minutit. Küsitlust täites jääte anonüümseks. Uuringul on Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomitee luba. Kui soovite lisainformatsiooni, siis palun kontakteeruge uurimistöö teostajaga meiliaadressil lilycry@hotmail.com.

* Required

Teie kehapikkus (cm) *

Teie kehamass (kg) *

Teie vanus (a) *

Kui pikka aega olete oma elu jooksul alaseljavalu tundnud (alates esimesest alaseljavalu episoodist kuni viimase alaseljavalu episoodini, palun arvake hulka ka valuvabad perioodid)? *

ei ole tundnud

kuni 3 kuud

3-11 kuud

1-3 aastat

3-5 aastat

5-10 aastat

rohkem kui 10 aastat

Kui pikka aega olete oma elu jooksul ülaseljavalu tundnud (alates esimesest ülaseljavalu episoodist kuni viimase ülaseljavalu episoodini, palun arvake hulka ka valuvabad perioodid)? *

ei ole tundnud

kuni 3 kuud

3-11 kuud

1-3 aastat

3-5 aastat

5-10 aastat

rohkem kui 10 aastat

Kui tihti Teil seljavalu esineb? *

kogu aeg, kaasa arvatud öösiti

terve päev

terve öö

mõned tunnid iga päev ja öö

mõned tunnid iga päev

mõned tunnid iga öö

mõned korrad nädalas

mõned korrad kuus

mõned korrad aastas

Kas olete pidanud seljavalu tõttu puuduma töölt/koolist (arvestage kõik korrad kokku)? *

jah, ühe päeva

jah, mitu päeva

jah, mitu nädalat

jah, mitu aastat

ma ei saagi seljavalu tõttu tööl/koolis käia

ei

Kas seljavalu on häirinud Teie õppimist/töötamist (siin on mõeldud mitte töölt/koolist puudumist, vaid ebamugavustunnet, vajadust sageli muuta asendeid, keskendumisprobleeme vms)? *

jah

ei

Kui tihti võtate seljavalu tõttu valuvaigisteid? *

pole viimase aasta jooksul valuvaigisteid võtnud
mõned korrad aastas
mõned korrad kuus
mõned korrad nädalas
üks kord ööpäevas
kaks või rohkem kordi ööpäevas

Millega Te tegelete? *

õpin
töötan
õpin ja töötan
olen töötu
olen lapse/lastega kodune
olen pensionil
olen pensionil ja töötan
olen seljavalu tõttu kodune
olen muul põhjusel kodune

Kas tahaksite, et Eestis oleks seljavalutajatele mõeldud füsioterapeutilised rühmatreeningud, kus saaks aastaringselt 2-3 korda nädalas tasuta käia? *

jah
ei
ei oska öelda

Mis aitab Teie kogemusel kõige paremini seljavalu vastu? *

Mis meetodit kasutaksite seljavalu vastu siis, kui oleks piisavalt aega ja raha? *

Kas olete seljavalu tõttu pöördunud perearsti poole? *

jah, ühel korral
jah, mitmel korral
ei, sest arvasin, et seljavalu möödub arstipoolse sekkumiseta
ei, sest arvasin, et ei saa abi
ei pöördunud muul põhjusel

Füsioterapeudi juurde suunamine

Kas perearst on suunanud Teid seljavalu tõttu taastusraviarsti/füsioterapeudi juurde (kui perearst on suunanud mitu korda, mõelge viimase perearsti visiidi peale)? *

jah, taastusraviarsti juurde

jah, otse füsioterapeudi juurde

ei, ta ei pidanud seda vajalikuks

ei suunanud muul põhjusel

Osalemine riiklikult rahastatud füsioteraapias

Riiklikult rahastatud füsioteraapia on haigekassa või Sotsiaalkindlustusameti poolt rahastatud füsioteraapia, mille eest patsient tasuma ei pea

Kas käisite füsioterapeudi teenusel (kui olete mitmeid kordi käinud, siis vastake viimase ravikuuri kohta)? *

jah, käisin kõik teraapiakorrad

jah, kuid katkestasin, sest füsioteraapia suurendas seljavalu

jah, kuid katkestasin, sest polnud aega käia

jah, kuid katkestasin, sest füsioterapeut inimesena ei meeldinud

jah, kuid katkestasin muul põhjusel

ei käinud, sest ei jõudnud tasuta aega ära oodata ja läksin tasulisele vastuvõtule

ei käinud, sest seljavalu oli selleks ajaks möödunud, kui aja sain

ei käinud, sest ei uskunud, et see aitab

ei käinud, sest polnud aega

ei käinud endast mitteolenevatel põhjustel

ei käinud muul põhjusel

Riiklikult rahastatud füsioteraapia

Missugust teraapiat seljavalu vastu saite (kui olete mitmeid kordi käinud, siis vastake viimase ravikuuri kohta)? *

rühmatreeningud saalis

rühmatreeningud basseinis

rühmatreeningud saalis ja basseinis

individuaalteraapia saalis

individuaalteraapia basseinis

individuaalteraapia saalis ja basseinis

muu

Mitu korda viimase ravikuuri jooksul riiklikult rahastatud füsioteraapias realselt käisite? *

1 kord

2-4 korda

5 korda

6-9 korda

10 korda

rohkem kui 10 korda

Mitu riiklikult rahastatud ravikuuri olete seljavalu ravimiseks saanud? *

käin pidevalt 2 või rohkem korda aastas

käin pidevalt 1 kord aastas

olen käinud, kuid enam mitte, sest ise ei soovi

olen käinud, kuid enam mitte, sest ei teadnud, et veel on võimalus käia

Kas saite seljavalu vastu abi (kui olete mitmeid kordi käinud, siis vastake viimase ravikuuri kohta)? *

seljavalu kadus täielikult, kuid vaid mõneks ajaks

seljavalu kadus täielikult ja pole tagasi tulnud

seljavalu vähenes, kuid vaid mõneks ajaks

seljavalu vähenes ja pole rohkem süvenenud

seljavalu jäi samaks

seljavalu läks mõneks ajaks tugevamaks

seljavalu läks püsivalt tugevamaks

Kui pikaks hindate ooteaega alates soovist minna riiklikult rahastatud füsioterapeudi teenusele kuni 1.teraapiakorrani? *

liiga pikk

üsna pikk

normaalne

sain kiiresti vastuvõttule

Mis on Teie arvates riiklikult rahastatud füsioteraapia plussid Eestis? *

Mis on Teie arvates riiklikult rahastatud füsioteraapia miinused Eestis? *

Kas jätkasite pärast riiklikult rahastatud füsioteraapia ravikuuri lõppu kodus iseseisvalt harjutuste sooritamist (kui olete läbinud mitu ravikuuri, siis mõelge viimase peale)? *

jah, teen harjutusi regulaarselt siiani

egin harjutusi mõnda aega, kuid siis katkestasin, sest polnud aega

egin harjutusi mõnda aega, kuid siis katkestasin, sest polnud motivatsiooni

egin harjutusi mõnda aega, kuid siis katkestasin, sest seljavalu ei vähenenud

egin harjutusi mõnda aega, kuid katkestasin muul põhjusel

ei, mul polnud aega

ei, mul polnud motivatsiooni kodus üksi harjutusi teha

ei, olin selleks liiga laisk

ei, sest kodus polnud sobivat kohta/matti/vahendeid

ei jätkanud kodus muul põhjusel

Teisititegemine

Kas füsioterapeut oleks saanud teha midagi teisiti, et oleksite siiani kodus harjutusi sooritanud? *

jah, ta oleks võinud anda mulle harjutuste kirjeldused ja pildid paberkandjal

jah, ta oleks võinud anda mulle harjutuste videode lingi, mida kodus tegema pean

jah, ta oleks võinud mind rohkem motiveerida

ei, ma ei ole nagnii motiveeritud kodus üksinda harjutusi tegema

ei, ta tegi kõik õigesti, aga ma ise ei tahtnud kodus harjutusi teha

muu

Tasulise füsioterapeudi poole pöördumine

Tasuline füsioteraapia- patsient tasub füsioteraapiateenuse eest erapraksisesse pöördumise korral ise

Kas olete seljavalu tõttu käinud tasulisel füsioterapeudi vastuvõtul? *

jah, ühe korra

jah, mitmeid kordi

ei, sest ei teadnudki sellisest võimalusest

ei, sest majanduslikult pole võimalik

ei, sest saan riikliku finantseeringu tõttu käia piisavalt tasuta
ei ole käinud muul põhjusel

Tasuline füsioteraapia

Miks käisite seljavalu tõttu tasulisel füsioterapeudi vastuvõtul? *
riiklikult rahastatud füsioteraapiast jäi väheks
erafüsioterapeut tundus pädevam kui riiklikult pakutu
ei jõudnud järjekorda ära oodata
perearst ei olnud nõus riiklikult rahastatud füsioteraapiasse suunama
ma ei teadnudki, et riiklikult rahastatud füsioteraapia võimalus on ka olemas
käisin muul põhjusel

Kas saite tasulisest füsioteraapiast seljavalu vastu abi (kui olete mitmeid kordi
käinud, siis vastake viimase ravikuuri kohta)? *
seljavalu kadus täielikult, kuid vaid mõneks ajaks
seljavalu kadus täielikult ja pole tagasi tulnud
seljavalu vähenes, kuid vaid mõneks ajaks
seljavalu vähenes ja pole rohkem süvenenud
seljavalu jäi samaks
seljavalu läks mõneks ajaks tugevamaks
seljavalu läks püsivalt tugevamaks

Kas jätkasite pärast füsioteraapia tasulise ravikuuri lõppu kodus iseseisvalt
harjutuste sooritamist (kui olete läbinud mitu ravikuuri, siis mõelge viimase peale)?
*

jah, teen harjutusi regulaarselt siiani
tegin harjutusi mõnda aega, kuid siis katkestasin, sest polnud aega
tegin harjutusi mõnda aega, kuid siis katkestasin, sest polnud motivatsiooni
tegin harjutusi mõnda aega, kuid siis katkestasin, sest seljavalu ei vähenenud
tegin harjutusi mõnda aega, kuid katkestasin muul põhjusel
ei, mul polnud aega
ei, mul polnud motivatsiooni kodus üksi harjutusi teha
ei, olin selleks liiga laisk
ei, sest kodus polnud sobivat kohta/matti/vahendeid
ei jätkanud kodus muul põhjusel

Teisititegemine

Kas füsioterapeut oleks saanud teha midagi teisiti, et oleksite siiani kodus harjutusi sooritanud? *

jah, ta oleks võinud anda mulle harjutuste kirjeldused ja pildid paberkandjal

jah, ta oleks võinud anda mulle harjutuste videode lingi, mida kodus tegema pean

jah, ta oleks võinud mind rohkem motiveerida

ei, ma ei ole nagnii motiveeritud kodus üksinda harjutusi tegema

ei, ta tegi kõik õigesti, aga ma ise ei tahtnud kodus harjutusi teha

muu

Tänuavaldus

Täna oma juhendajat, Doris Vahtrikut suure pühendumise ning abi eest magistr töö planeerimisel ja kirjutamisel.

Samuti täna kõiki kroonilise seljavaluga inimesi, kes küsimustikule vastasid. Tänu Teile sai magistr töö võimalikuks.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Lilian-Mariete Hani (sünnikuupäev: 27.10.1985)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

„Seljavalupatsientide rahulolu füsioteraapia teenusega Eestis“,

mille juhendaja on Doris Vahtrik,

1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 17.08.2017